

Lasse Jokelainen ja Ville Mehtälä

SUOLIAVANTEIDEN HOITO

Videon laatiminen opetuskäyttöön

SUOLIAVANTEIDEN HOITO

Videon laatiminen opetuskäyttöön

Lasse Jokelainen ja Ville Mehtälä
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Lasse Jokelainen, Ville Mehtälä
Opinnäytetyön nimi: Suoliavanteiden hoito – Videon laatiminen opetuskäyttöön
Työn ohjaajat: Markus Karttunen, Tuula Nissinen
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2016
Sivumäärä: 37 + 13 liitesivua

Suoliavanne on välttämätön hoitomuoto silloin, kun suolen jonkin osan toiminta on vahingoittunut ja häiriintynyt tai lakannut kokonaan. Suoliavanteiden aiheita ovat erilaiset ruuansulatuskanavan hankalat poikkeamat ja sairaudet. Avanneleikkauksessa vatsanpeitteisiin tehdään aukko ja suolen pää tuodaan ihon pinnalle. Ulosteen pidätyskyky on mahdotonta avanneleikatuille, mistä johtuen avanteiden hoidossa on välttämätöntä käyttää avannesidoksia. Suoliavannetta hoitaa joko tarvittavan ohjauksen avanteen hoitoon saanut potilas itse tai hoitoalan ammattilainen. Sairaanhoidajalla tulee olla riittävät tiedot ja kliniset taidot suoliavanteen hoitamiseen ja potilaan ohjaamiseen.

Toteutimme opinnäytetyömme yhteistyössä tuotteen tilaajan, Oulun ammattikorkeakoulu Oy:n (OAMK) kanssa. OAMK:n sosiaali- ja terveysalan hoitotyön opetuksessa oli tarve suoliavanteiden hoitoa käsittelevälle opetusvideolle, joten opinnäytetyöprojektimme tavoitteena oli toteuttaa laadukas opetusvideo suoliavanteiden hoidosta. Videon tarkoituksena on monipuolistaa opetusta sekä toimia opetuksen tukimateriaalina. Opetusvideolla keskitytään demonstroimaan suoliavanteiden hoitoa ja esitetään erilaisten avannesidosten tyhjennys ja vaihto hoitajan näkökulmasta. Lisäksi videolla pohjustetaan aihetta kertomalla suoliavanteiden aiheista ja avanneleikkauksesta.

Projektiyhmän jäsenet keräsivät aineistoa ja kokosivat tietoperustan suoliavanteiden hoidosta, jonka pohjalta suunniteltu opetusvideo valmistui. Opetusvideon suoliavannepotilas on aikuista ihmistä mallintava nukke. Video kuvattiin ja editoitiin OAMK:n tiloissa. Kuvauksista, editoinnista ja näyttelemisestä vastasivat projekti- ja tukiryhmän jäsenet. Projektiorganisaatio osallistui aktiivisesti ja monipuolisesti valmiin tuotteen arviointiin. Lisäksi valmiin tuotteen laatua arvioivat kirjallisesti 21 opiskelijaa, jotka vastasivat palautelomakkeeseen.

Opinnäytetyöprojektin lopputuloksena syntyi opetusvideo suoliavanteiden hoidosta. Valmis tuote arvioitiin laadukkaaksi ja se vastasi tilaajan tarpeita. Tuote tuli oppimateriaalin tueksi hoitotyön opettajille ja hoitoalaa opiskeleville. Se on helposti löydettävissä ja katsottavissa OAMK:n Youtube-kanavalta. Opetusvideon tavoitteena on helpottaa oppimista ja monipuolistaa opetusta. Opetuksellisten tavoitteiden lisäksi projektin tavoitteena on lisätä hoitoalan opiskelijoiden ammattitaitoa ja sen siirtymistä käytännön työelämään.

Asiasanat: Suoliavanne, avannehoito, avannesidos, opetusvideo

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Lasse Jokelainen, Ville Mehtälä
Title of thesis: Treatment of Intestinal Stomas – Producing an Educational Video
Supervisors: Markus Karttunen, Tuula Nissinen
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016
Number of pages: 37 + 13 appendices

Intestinal stoma is an inevitable form of treatment when any part of intestinal system is harmed or its normal function has stopped. These situations are for example different diseases of gastrointestinal tract. In stoma surgery the end of intestine is lifted through the abdominal wall and it is replanted onto the skin. A person with a stoma cannot control their defecation and therefore stoma bags has to be used. The stoma is treated either by a healthcare professional or patients themselves. A person with a stoma needs the patient education to take care of their stoma.

We planned and implemented our bachelor's thesis in a collaboration with Oulu University of Applied Sciences which was also the subscriber of the product. Oulu UAS, School of Health and Care had a need for an educational video containing the treatment of intestinal stomas. The main purpose of the video was to bring diversity to forms of teaching and learning about the stoma care. The video focuses on demonstrating what kind of steps belong to stoma care, and how to empty or change different sorts of stoma bags. The subject matter is initialized by facts of stoma surgery and what kinds of diseases and situations cause intestinal stomas.

The members of the project team collected valid material and pieced them together into a knowledge basis of stoma care. The contents of the educational video are based on the knowledge basis we studied at the beginning of the whole project. The video was filmed and edited at school's classrooms. Filming, editing and acting were carried out by the project team with support of the supervisors and the opponents. The project organization participated actively in the assessment of the product. Moreover, a 21-person group of healthcare students responded to a feedback form with questions of quality of the final educational product.

The result of the thesis project is the educational video. The finished product was evaluated to fulfill the requirements of the subscriber and the product was of high-quality. The product offers diversity to forms of teaching and learning. It is easy to find and watch on the YouTube channel of the Oulu UAS. In addition to the learning goals, the entire project aims to improve students' skills and knowledge in order to transfer their skills and knowledge to practical work.

Keywords: Intestinal stoma, stoma care, stoma bag, educational video

SISÄLLYS

1 PROJEKTIN TAUSTA.....	6
2 PROJEKTIN TAVOITTEET	7
3 PROJEKTIN SUUNNITTELUPROSESSI.....	9
4 SUOLIAVANTEIDEN HOITO	12
4.1 Suoliavanteiden aiheet	12
4.2 Suoliavannetyypit ja avannesidokset	14
4.3 Avanteen sidonta ja hoito	18
4.4 Avannepotilaan ohjaus	20
5 OPETUSVIDEON SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	21
6 PROJEKTIN ARVIOINTI	25
6.1 Opetusvideon laadun arviointi.....	25
6.2 Prosessin arviointi.....	27
6.3 Projektin resurssit	28
7 POHDINTA	32
LÄHTEET	34
LIITTEET	39

1 PROJEKTIN TAUSTA

Vuoden 2015 alussa aloimme miettiä sopivaa opinnäytetyön aihetta, kun opinnäytetyöprojektin aloittaminen tuli ajankohtaiseksi opintosuunnitelmassamme. Keskustelimme koulumme, OAMK:n sosiaali- ja terveysalan yksikön, hoitotyön opettajien Tuula Nissisen ja Nina Männistön kanssa sopivista aiheista. Koulun tarpeiden ja oman mielenkiinnon pohjalta opinnäytetyömme aiheeksi valikoitui suoliavanteiden hoito. Koululta puuttuu opetusmateriaaliksi soveltuvaa videomateriaalia kyseisestä aiheesta, ja meille projektimuotoinen opinnäytetyö tuntui silloin parhaalta vaihtoehdolta. Näin opinnäytetyöprojektimme tuloksena valmistuu tulevien hoitotyön opiskelijoiden opetuskäyttöön soveltuva opetusvideo suoliavanteiden hoidosta.

Opetuksen siirtyessä yhä enemmän monimuotototeutukseen kontaktitunnit vähenevät ja näin opiskelijoille jää enemmän itsenäisesti opiskeltavia asioita. Hyvin tehty opetusvideo palvelee erinomaisesti oppimistarkoituksessa, koska siihen on koottu kaikki olennainen tiiviiseen pakettiin. Opinnäytetyömme tuloksena valmistuvassa opetusvideossa on tarkoitus esittää järkevästi olennainen teoretieto ja keskittyä käytännön työhön suoliavanteiden hoidossa (avannesidosten vaihto). Näin hoitotyön tulevilla ammattilaisilla on paremmat valmiudet suoliavannepotilaiden hoitoon kuin mitä aiemmin on ollut.

Laadimme projektimme alkutaipaleella aikataulun ja valmistumisajat kullekin osasuoritukselle. Projektin etenemisen ja loppuun saattamisen kannalta on tärkeää, että aikataulut pitävät. Tämän projektin ensimmäisenä osasuorituksena perehdyimme aiheeseemme syvemmin ja laadimme tietoperustan, joka hyväksyttiin elokuussa 2015. Tämän jälkeen siirryimme projektsuunnitelmaan, johon kuuluu myös videon käsikirjoituksen laatiminen. Näiden pohjalta kevään ja kesän 2016 aikana oli mahdollista suorittaa videokuvaukset ja leikata materiaalin lopulliseen muotoonsa. Tähän saamme apua lehtori Risto Järvenpäältä, joka vastaa koulumme videoprojektien ohjauksesta, kuvauksesta sekä editoinnista. Videon oli määrä olla valmiina viimeistään syksyllä 2016.

Koemme, että opinnäytetyönä syntyvä tuotteemme on osaltaan kehittämässä hoitoalan koulutusta, sillä vastaamme työllämme oppilaitoksemme selkeään tarpeeseen. Tulevat hoitoalan opiskelijat voivat käyttää tuotamaamme DVD:tä oppimisensa tueksi. Esimerkiksi meillä itsellämme oli ennen opinnäytetyömme tekoa olemattomat tiedot ja taidot suoliavanteista ja niiden hoidoista. Toisaalta tiedostamme, että tuottamamme DVD:n sisältö voi vanheta jo lähitulevaisuudessa, sillä avannehoito ja siinä käytettävät tuotteet kehittyvät jatkuvasti.

2 PROJEKTIN TAVOITTEET

Jokaiselle projektille on tyypillisesti asetettu yksi tai useampi tavoite sekä elinkaari. Projektille täytyy siis olla määritelty konkreettinen ajankohta, jolloin tavoitteet on saavutettu ja projekti voi päättyä. (Ruuska 2012, 19-20.) Tavoitteiden tarkoituksena on kuvata, millaisia muutoksia nykytilanteeseen verrattuna pyritään saamaan (Silfverberg 2007, viitattu 20.10.2016).

Perimmäinen opinnäytetyöprojektimme tulostavoite oli selkeä projektin alkuvaiheilta asti: pyrimme tuottamaan oppilaitoksen oppimateriaaliksi kelpaavan opetusvideon, jota tullaan käyttämään tulevien hoitotyön opiskelijoiden koulutuksessa. Videolla esittelemme suoliavanteiden hoitoa ja siihen liittyvää teorial tietoa sekä välineistöä. Käymme läpi erilaisten suoliavannesidosten käsittelyä: paikalleen asettamista, avanteen puhdistusta sekä pussien tyhjennystä ja poistoa. Välitavoitteinamme oli läpäistä hyväksytysti tietoperustaisuus ja myöhemmin projektisuunnitelmaisuus sekä siihen liittyvä opetusvideon käsikirjoitus. Tulostavoitteemme motiivit tulivat omien kokemusten pohjalta, sillä koimme, että omalla kohdallamme opetusmateriaali suoliavanteisiin liittyen olisi voinut olla kattavampi. Projekti syntyy aina jostain tarpeesta tai asiakkaan toivomuksesta, jolloin puhutaan tilauksesta. Se syntyy, kun nykyinen tilanne ei vastaa toivottua tilannetta. (Karls-son & Marttala 2001, 14; Ruuska 2012, 20.)

Projektille on hyvä asettaa tulostavoitteen lisäksi myös laatutavoitteet. Näille suunnitteluvaiheessa laadituille laatutavoitteille asetetaan kriteerit, joiden pohjalta sovittua laatua aikanaan voidaan arvioida. On varmistettava, että lopputulos eli tässä tapauksessa koulun tilaama tuote täyttää työlle ja sen laadulle asetetut vaatimukset. (Karls-son & Marttala 2001, 72.) Onnistumista arvioimme laatutavoitteille asetettujen kriteerien avulla (TAULUKKO 1) ja arviointilomakkeella (LIITE 1). Tärkeimpänä laatutavoitteenamme oli, että sekä avannepotilas että opinnäytetyömme tilaaja hyväksyvät lopputuloksen. Toiseksi tavoitteeksi asetimme sen, että videon tulee olla audiovisuaalisesti laadukas ja miellyttävä sekä oppimista tukeva. Tavoittelimme, että avanteen hoidon vaiheet ovat loogisessa järjestyksessä, ja että video antaa hyvät valmiudet hoitaa avannetta käytännössä.

Kehitystavoitteista puhuttaessa mietitään ketkä hyötyvät ja millä tavoin eri hyödynsaajat hyötyvät projektista. Lyhyellä aikavälillä mitattuna projektista hyödynimme me opinnäytetyön tekijät: opimme projektityöskentelyä ja avannehoidosta tulee osa asiantuntijuuttamme. Pitkän aikavälin kehitystavoitteena pidämme sitä, että videomme tulee tulevien hoitotyön opiskelijoiden opetuskäyttöön ja palvelee oppimistarkoituksessa. Siitä hyötyy siis suoraan tuotteen tilaaja eli OAMK:n sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Tätä myötä suoliavanteiden hoito olisi paremmin hallinnassa jokaisella koulustamme valmistuvalla hoitotyöntekijällä.

Hoitotyöntekijöillä tarkoitamme pääasiassa sairaanhoitajia, mutta myös kättilöitä, terveydenhoitajia ja ensihoitajia, joiden koulutukseen sisältyy sairaanhoitajan pätevyys.

Oppimistavoitteina voidaan pitää projektiryhmän asiantuntijuuden lisääntymistä avanhoidosta ja erilaisten avannesidosten käytöstä, sekä projektityöskentelyn osalta yhteistyöstä eri tahojen kanssa. Projektityöskentelyn ohessa meitä ohjattiin valikoimaan ja suodattamaan saatavilla olevaa tietoa. Näin opimme arvioimaan kriittisesti käyttämiämme lähteitä.

Taulukko 1. Projektin laatutavoitteet

Laatutavoite	Laatutavoitteen kriteerit
1. Tuote soveltuu opetusmateriaaliksi	Tuotteen tilaaja hyväksyy lopputuloksen. Avannepotilas arvioi tuotteen ja hyväksyy lopputuloksen. Video on oppimista tukeva.
2. Videomateriaali on hyvälaatuinen	Ääni ja kuva synkronoivat. Puheäänen ja taustamusiikin voimakkuus on tasaista ja sopivassa suhteessa. Kuvanlaatu on hyvää: valaistus, värisävyt ja kontrastit ovat kohdillaan. Lopputulos on miellyttävä arvioijien silmille. Video etenee sopivalla tahdilla, jotta informaation sisäistäminen on vaivatonta. Videossa käytetty teksti on helppolukuista.
3. Tuotteen sisältö on riittävän informatiivinen	Video antaa valmiudet hoitaa avannetta käytännössä. Avanteen vaihdon vaiheet ovat loogisessa järjestyksessä ja selkeästi esitetty.
4. Projektin kirjallinen osuus on moitteetonta	Projektin kirjalliset osuudet läpäisevät vertaisarvioijien ja ohjaajien läpilyvun. Teksti on ymmärrettävää ja selkeää.

3 PROJEKTIN SUUNNITTELUPROSESSI

Suunnittelu on prosessi, jolloin etukäteen määritellään ne toimet, jotka pitää tehdä projektin loppuunsaattamiseksi. Projektisuunnitelman laatimisella varmistetaan projektille asetettujen tavoitteiden saavuttaminen ja sen avulla voidaan seurata projektin etenemistä. Laadukas projektin suunnittelu määrittelee paljon sitä, kuinka hyvin projekti menestyy. Huolella tehty projektin suunnitteluvaihe auttaa projektipäällikköä projektin hallinnassa, sillä ilman huolella laadittua projektisuunnitelmaa, projektin etenemistä ei voida luotettavasti verrata mihinkään. (Heinonen 2010, viitattu 20.10.2016.)

3.1. Projektioorganisaatio

Projektioorganisaatio perustetaan projektin toteuttamiseksi. Organisaatio perustetaan aina, kun työtä täytyy jäsenellä. Jäsentelyn tarkoituksena on organisaation tehtävien ja henkilöiden liittämistä yhteen ennalta sovitun kiinteän mallin avulla. (Karlsson & Marttala 2001, 76-77; Pelin 2009, 67) Organisaatiomalli valitaan käytössä olevien ja välttämättöimpien projektin toteuttamiseksi tarvittavien henkilöiden mukaan (Kerzner 2001, 131). Käytämme projektissa linjaorganisaatiomallia (KUVIO 1).

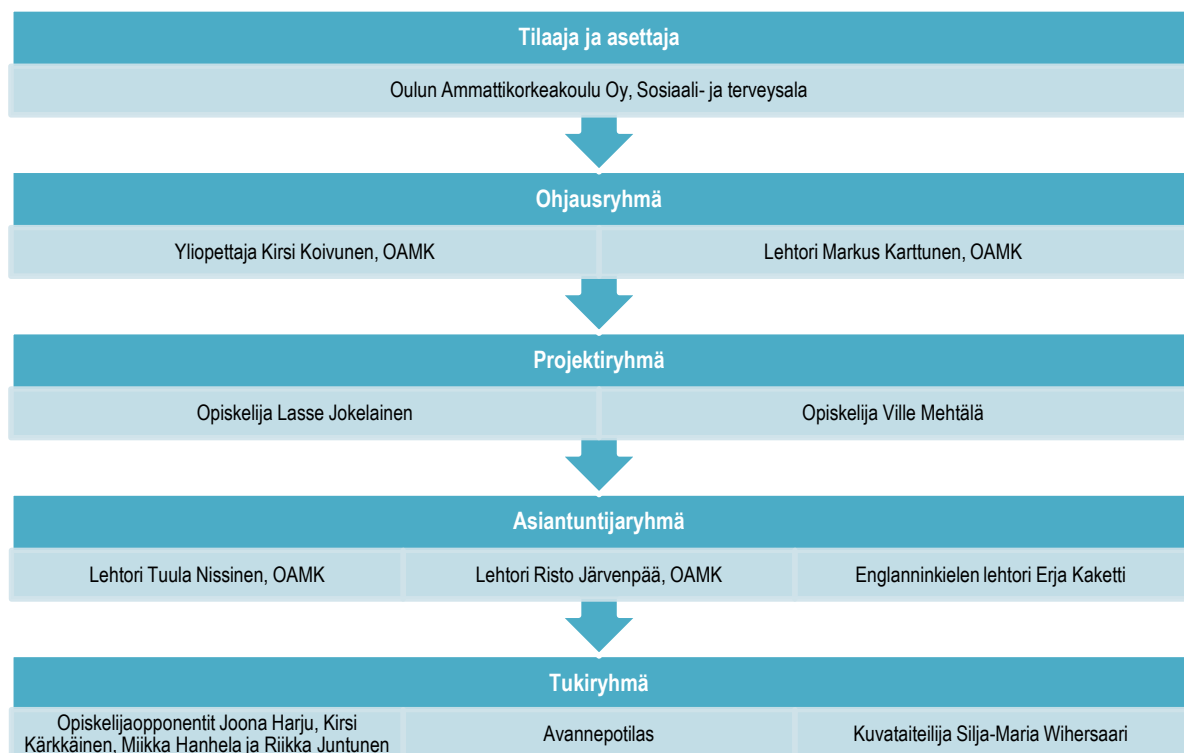
Tilaaajan tehtävänä on päättää projektin käynnistämisestä, keskeyttämisestä ja päättämisestä. Projektin tilaaja määrittää projektin johtoryhmän, varaa projektille tarvittavat resurssit ja ratkaisee mahdolliset riidat projektioorganisaatiossa. (Pelin 2009, 70.) Projektimme tilaaja ja asettaja oli Oulun Ammattikorkeakoulu Oy, Sosiaali- ja terveysala.

Ohjausryhmä on tilaajaa edustava ryhmä oikeanlaisia asiantuntijoita, joka tekee projektia koskevia päätöksiä. Sen ideana on pystyä tekemään tarvittaessa nopeastikin päätöksiä ilman, että lupaa tulee kysyä projektin tilaajalta. Tarkoituksena on järkeistää ajankäyttöä, jolloin ohjausryhmän aikaa ei kulu tilaajan vastauksia odotellessa, kun projekti ei etene. (Karlsson & Marttala 2001, 82.) Projektimme ohjausryhmään kuuluivat yliopettaja Kirsi Koivunen ja lehtori Markus Karttunen. Koivunen edusti projektin tilaajaa ja asettajaa. Karttusen tehtävä oli tarvittaessa ohjata ja avustaa projektiryhmää projektin eri vaiheissa.

Projektiryhmä sisältää käytännön työstä vastaavia asiantuntijoita (Ruuska 2012, 150). Projektiryhmällä on oltava riittävät taidot projektityöskentelyyn, jotta projekti saadaan suoritetuksi (Karlsson & Marttala 2001, 82). Projektiryhmä käsitti hoitotyön opiskelijat Lasse Jokelaisen sekä Ville Mehtälän. Vastuu projektin etenemisestä oli jaettu molempien ryhmän jäsenien välille tasaisesti. Vastasimme projektiin liittyvästä käytännön työstä: käytimme monia eri työskentelymenetelmiä ja olimme yhteyksissä projektioorganisaation eri osapuoliin.

Asiantuntijaryhmän tehtävinä on vastata projektin laadusta ja raportoida edistymisestä. Aikataulutuksesta huolehtiminen ja projektin työstämisen seuraaminen annettujen ohjeiden mukaisesti kuuluvat myös asiantuntijaryhmän vastuulle. (Pelin 2009, 78.) Asiantuntijaryhmään kuuluivat lehtorit Tuula Nissinen ja Risto Järvenpää sekä englanninkielen lehtori Erja Kaketti. Nissinen toimi opinnäytetyöprojektimme ohjaajana ja antoi tarvittaessa asiantuntijan kehitysideita projektillemme. Lehtori Järvenpää neuvoi ja ohjasi projektiryhmää videokuvauksiin ja editointiin liittyvissä asioissa. Kaketti vastasi englanninkielisen tiivistelmän, abstraktin, ohjauksesta ja oikoluvusta.

Tukiryhmä tukee projektiryhmää käytännön toteutuksessa. Tukiryhmään kuuluvilla henkilöillä voi olla syvempää osaamista ja erilaisia näkökulmia asioihin kuin muilla projektiorganisaation henkilöillä. Projektiryhmän ja tukiryhmän välinen vuorovaikutus on usein tiivistä ja turhat muodollisuudet on jätetty pois. Vuorovaikutuksessa keskitytään projektia koskeviin päätöksiin, mahdollisiin ongelmiin ja ratkaisuvaihtoehtoihin. (Jyväskylän Yliopisto 2016, viitattu 2.2.2016.) Tukiryhmään kuuluivat opiskelijat Joona Harju, Kirsi Kärkkäinen, Miikka Hanhela ja Riikka Juntunen sekä avannepotilas. Tukiryhmään kuuluva avannepotilas ei halunnut nimeään mainittavan työssämme. Hän osallistui valmiin opetusvideon arviointiin ja antoi palautetta asiantuntijana. Opiskelijaopponenttien tehtävänä oli toimia opinnäytetyön opponentteina eli antaa projektiryhmälle palautetta. Lisäksi Harju toimi videon ääninäyttelijänä. Videossa käytettävän havainnekuvan suolistosta tilasimme projektiorganisaation ulkopuoliselta taiteilijalta, Silja-Maria Wihersaarelta.



KUVIO 1. Projektiorganisaatio

3.2 Projektin vaiheistus

Projektin vaiheet jaksetaan tavallisimmin ajallisesti peräkkäin. Vaiheistuksen tarkoituksena on helpottaa projektin johtoa tekemään päätöksiä, sitoutumaan projektiin paremmin ja tietyn vaiheen jälkeen jatkosuunnitelmia voidaan arvioida laadukkaammin. Vaiheistus tekee projektista loogisen ja hyvin jäsennellyn kokonaisuuden. Projektilla on kolme suunnittelutasoa eli varsinaiset vaiheet voidaan jakaa pienempiin osavaiheisiin ja osavaiheista edelleen toimenpiteisiin. Vaiheiden pilkkominen pienemmiksi yksiköiksi auttaa työstämään yksityiskohtaisia tehtäviä paremmin. (Karlsson & Marttala 2001, 64; Pelin 2009, 103-104.) Projektimme päävaiheita olivat ideoiminen, perehtyminen aiheeseen, suunnitteleminen, projektin toteuttaminen ja projektin päättäminen. Vaiheet ovat kuvattuna tarkemmin kappaleessa 5 ja taulukossa 2.

4 SUOLIAVANTEIDEN HOITO

4.1 Suoliavanteiden aiheet

Avanneleikkausten kirurgisen hoidon aiheita voivat olla ruoansulatuskanavan erilaiset sairaudet ja poikkeamat, kuten crohnin tauti, colitis ulcerosa, ohut- ja paksusuolen syövät, divertikuliitti, sädehoidon komplikaatiot, suolikomplikaatiot, synnynnäinen epämuodostuma sekä tapaturman aiheuttama vamma (Holmia ym. 1999, 342; Liukkonen & Hokkanen 2003, 31–32; Järvinen 2010, viitattu 21.8.2015).

Crohnin tauti on pitkäaikainen suolen tulehdussairaus. Tavallisimmin tauti on ohutsuolen loppuosassa, mutta sitä voi esiintyä koko ruoansulatuskanavan alueella. Crohnin tautia sairastavat ovat yleensä nuoria. Crohnin tautiin ei tunneta parantavaa hoitoa, mutta oireita voidaan lieventää konservatiivisesti lääkkeillä ja oikeanlaisella ruokavaliolla. Leikkaushoitoa vältetään, koska tauti saattaa levitä jäljelle jäävään suolistoon. Tautia hoidetaan leikkaamalla vain, jos tauti aiheuttaa komplikaatioita, kuten fisteliavanteita tai verenvuotoja. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 228–229.)

Colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolentulehdus rajoittuu vain paksu- ja peräsuoleen, kun taas crohnin tautia voi olla koko ruoansulatuskanavan alueella, aina huulista peräsuoleen (Jokelainen ym. 2006, 106). Haavaista paksusuolentulehdusta hoidetaan pääsääntöisesti lääkkeillä ja vain vaikeissa tapauksissa, n. 30 % diagnoosin saaneista, leikkauksella. Jos crohnin tauti tai colitis ulcerosa johtavat leikkaukseen, tällöin kyseeseen tulee mahdollisesti avanteen teko. Päivystysleikkauksiin päädyttyäessä paksusuoli poistetaan usein kokonaan peräsuoli jättäen ja potilaalle tehdään tavallisimmin väliaikainen ohutsuoliavanne. (Crohn ja Colitis Ry 2015, viitattu 20.8.2015.)

Crohnin taudin ja haavaisen paksusuolentulehduksen aiheuttajaa ei tunneta. Niitä esiintyy kuitenkin pohjoisen pallonpuoliskon teollistuneiden maiden asukkailla. Ruokavaliolla, perimällä ja toistaiseksi tuntemattomilla ympäristötekijöillä katsotaan olevan vaikutusta tulehduksellisten suolistosairauksien puhkeamiseen. Suomessa haavaiseen paksusuolentulehdukseen sairastuu vuosittain keskimäärin 20 henkilöä sataatuhatta asukasta kohti, mikä tarkoittaa, että se on noin kolme kertaa yleisempi kuin crohnin tauti. (Jokelainen ym. 2006, 104–106; Crohn ja Colitis Ry 2015, viitattu 20.8.2015.)

Tulehduksellisiin suolistosairauksiin liittyy lisääntynyt pahanlaatuisten ruoansulatuskanavan kasvaimien vaara. Sen vuoksi aloitetaan säännölliset ileokolonoskopiat 1-2 vuoden välein paksusuolisyövän esiasteiden havaitsemiseksi, jos ulseratiivinen koliitti tai crohnin tauti on kestänyt noin 8-15 vuotta. (Jokelainen ym. 2006,

109.) Ileokolonoskopiolla tarkoitetaan peräsuolen, paksusuolen ja ohutsuolen loppuosan tutkimusta taipuisalla videoendoskoopilla (Rasmussen 2011, viitattu 26.5.2015).

Kolorektaalikarsinoomalla tarkoitetaan pahanlaatuista kasvainta tai kasvaimia, jotka sijaitsevat paksusuolella ja peräsuolella tai vain toisessa niistä (Holmia ym. 1999, 338). Paksusuolen syöpään sairastuu yhä useampi suomalainen ja se on nykyään kolmanneksi yleisin syöpätyyppi Suomessa heti rintasyövän ja eturauhassyövän jälkeen. Sen esiintyvyys vaihtelee alueellisesti: korkean elintason alueella paksusuolen syöpää on huomattavasti enemmän kuin matalamman elintason alueella. Miehillä se on yleisempi sairaus kuin naisilla. Vuosittain ilmaantuu yli 2700 uutta tapausta. (Järvinen & Lepistö 2013, viitattu 30.3.2015.)

Paksusuolen syövän syntyyn vaikuttaa ensisijaisesti geneettiset tekijät. Kuten syövässä yleensä, myös paksusuolen syövän syntyminen johtuu monista tekijöistä. Tärkeimpiä syitä ovat sekä perinnöllinen taipumus että ympäristötekijöistä erityisesti ravinto. Runsaalla lihan käytöllä ja siinä olevilla eläinrasvoilla on todettu olevan suora yhteys kolorektaalisyövän esiintyvyyteen. Ravinnon suuri eläinrasvasisältö nostaa ruuansulatushappojen pitoisuuksia ruuansulatuselimistössä, ja näitä happoja pidetään karsinogeenisina eli syöpää aiheuttavina. (Järvinen & Lepistö 2013, viitattu 30.3.2015.) Elintapoihin liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi alkoholi, tupakointi, vähäinen liikunta ja ylipaino. (Järvinen, Kouri & Österlund 2013, viitattu 30.3.2015.)

Kolorektaalikarsinoomaa voidaan hoitaa sädehoidolla, mutta ensisijainen hoitomuoto on kirurginen. Radikaalileikkauksessa poistetaan kasvainta kantava suolen osa sekä poistettavan suolen alueen verisuonet, imutiet ja imusolmukkeet. Leikkauksen tavoitteena ovat resektio eli suolen osan poisto sekä anastomoosi, jolla liitetään terveet suolen päät yhteen. Lisähoitona kolorektaalikarsinoomapotilaille voidaan antaa solusalpaajia. (Holmia ym. 1999, 338–341.) Kolorektaalikarsinoomapotilaalle tehdään avanne, jos suolen normaali toiminta on estynyt (Dansac 2015, viitattu 21.8.2015).

Ohutsuolen syöpä on harvinainen verrattuna esimerkiksi paksusuolen syöpään, sillä vain 1-2 % ruuansulatuskanavan pahanlaatuisista kasvaimista on ohutsuolen syöpiä. Suomessa uusia ohutsuolisyöpätapauksia diagnosoitiin vuosittain vuosien 2009–2013 aikana keskimäärin 119 (Suomen Syöpärekisteri 2015, viitattu 19.8.2015). Tavallisimmin kyseessä on ohutsuolen limakalvoilta lähtöisin oleva adenokarsinooma, joka käsittää noin puolet kaikista ohutsuolisyöväistä. Se sijaitsee yleensä pohjukaissuolessa lähellä mahalaukkuja ja näin ahtauttaa suolta kasvaessaan. Ohutsuolen syöpä todetaankin useimmiten potilaan tukosoireiden pohjalta. Ennuste ohutsuolen syövässä on huonompi kuin esimerkiksi paksusuolen syövässä, sillä toteamisvaiheessa se on useammin kerennyt jo lähettää metastaaseja eli etäpesäkkeitä. (Marttila 2015, viitattu 19.8.2015; Suolistosyöpä.fi 2015, viitattu 19.8.2015.)

Ohutsuolisyövän riskitekijöiksi katsotaan Chronin tauti, autoimmuunitaudit keliakia ja HIV, erittäin rasvainen tai paljon savustettua ruokaa sisältävä ruokavalio sekä FAP eli familiaalinen adenomatoottinen polypoosi. FAP on perinnöllinen tila, jossa paksusuolella on satoja tai tuhansia pieniä kasvaimia, polyyppejä. Polyypit ovat yleensä hyvänlaatuisia, mutta hoitamattomina on melkein 100 % mahdollisuus, että niistä kehittyy syöpä. (Cancer.Net Editorial Board 2014, viitattu 19.8.2015.) Ohutsuolisyövän hoitomuotoon ja hoidon suosituksiin vaikuttavat muutamien tekijöiden mukaan lukien syövän tyyppi ja aste, mahdolliset sivuvaikutukset, potilaan mieltymykset sekä yleinen terveys. Leikkaus on yleisin ohutsuolen syövän hoitomuoto. Siinä syöpäkasvain ja sairastunut suolen osa poistetaan ja yleensä jäljelle jäänyt suolen osa liitetään paksusuoleen. Kasvaimesta riippuen resektio tehdään aina riittävillä marginaaleilla. Tietyissä tapauksissa pohjukaissuolen varhaiskarsinomia voidaan poistaa myös endoskooppisesti eli tähystämällä. Sädehoitoa käytetään lähinnä sivuvaikutusten lievittämiseen. (Kokkola 2013, viitattu 25.5.2015; Cancer.Net Editorial Board 2014, viitattu 20.8.2015.)

4.2 Suoliavannetyypit ja avannesidokset

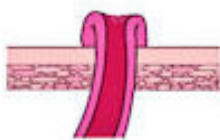
Suoliavanne on välttämätön hoitomuoto silloin, kun suolen jonkin osan toiminta on vahingoittunut ja häiriintynyt tai lakannut kokonaan. Avanneleikkauksessa vatsanpeitteisiin tehdään aukko ja suolen pää tuodaan noin 1-4 cm verran ihon pinnalle. Suoli on vaaleanpunainen eikä siinä ole hermopäätteitä tai kiputuntoa. Siitä tuleva erite on avanteen sijainnista riippuen joko pysyvästi tai aluksi löysää ja ympärysihoa voimakkaasti ärsyttävää. Ulosteen pidätyskyky on mahdotonta avanneleikatulle. Siksi avanteeseen kiinnitetään ulosteen keräyspussi, avannesidos, ihoon liimautuvalla kiinnityslaattalla. Ileostoomapussia joudutaan tyhjentämään useamman kerran päivässä, kun taas kolostoomapussi täyttyy tavallisesti noin kahdeksan tunnin välein. (Järvinen 2010, viitattu 21.8.2015; Dansac 2015, viitattu 21.8.2015; Finnico 2015, viitattu 21.8.2015.)

Ohutsuoliavanne

Ohutsuoliavannetta käytetään suoliston syöpäsairauksien, tulehduksellisten suolistosairauksien kuten Crohnin taudin ja colitis ulcerosan, paksusuolen polyyppeiden FAP:n, suolentukkeuman, fistelin tai suolen perforaation eli puhkeamisen hoidossa. Ohutsuoliavanne voi olla pysyvä tai joissain tapauksissa väliaikainen. Avannetyyppejä on kahdenlaisia: päätteileostooma (yksipiippuinen) ja lenkki-ileostooma (kaksipiippuinen). Ohutsuoliavanteen sijainti on tavallisimmin oikealla alavatsalla vyötärölinjan alapuolella, sykkyräsuolessa. Sijainti on suunniteltava kuitenkin niin, ettei se ole ihopoimussa tai leikkausarven vieressä, jolloin sen hoito olisi vaikeampaa. (Järvinen 2010, viitattu 21.8.2015; Coloplast 2013, viitattu 21.8.2015; Finnico 2015, viitattu 21.8.2015.)

Ohutsuoliavanneleikkauksista yksipiippuinen ohutsuoliavanne eli pääteileostooma (KUVIO 2) on tavallisimmin pysyvä ratkaisu. Pääteileostooma vaatii tyhjennettävän avannepussin, johon suoli erittää useasti päivässä. Pysyvää ohutsuoliavannetta tarvitaan sairauksissa tai traumatilanteissa, joissa paksusuoli joudutaan poistamaan kokonaan ja rektum sulkemaan. Näissä tilanteissa suolen osien yhdistämiseen liittyy suuri riski tai se ei ole mahdollista ollenkaan. Väliaikaiseen pääteileostoomaan voidaan päätyä tilanteissa, joissa suolen vahingoittunut osa on poistettu ja jäljelle jääneen suolen annetaan parantua ennen osien yhdistämistä. (Järvinen 2010, viitattu 21.8.2015; Coloplast 2013, viitattu 21.8.2015.)

Väliaikaiseen ohutsuoliavanteeseen päädyttäessä valitaan kuitenkin useimmiten kaksipiippuinen ohutsuoliavanne eli lenkki- tai loop-ileostooma (KUVIO 3). Se tehdään kirurgisen liitoksen, kuten esimerkiksi ileoanaali- tai ileorektaaliliitoksen, suojaamiseksi. Lenkki-ileostoomassa suoli nostetaan vatsanpeitteiden läpi ihon yläpuolelle ja sitä pidetään paikallaan avannesauvalla. Suolen lenkkiin tehdään viilto ja sen reunat rullataan alas ja ommellaan ihoon, mutta suolta ei kuitenkaan katkaista. Suolen toisesta päästä tulee uloste ja toinen pää taas on yhdistetty laskevaan suoleen. Toisin kuin pääteavanteessa, tässä mallissa ei tarvita ulkoista avannesidosta, vaan uloste kerätään vatsan sisään, suolesta rakennetusta säiliöstä, katetrilla. Lenkki-ileostooma koostuu siis kahdesta avanteesta, jotka on liitetty yhteen. Loop-ileostooman hoito on hankalampaa kuin pääteileostooman, sillä suolta ei saada aina riittävän koholle ihon tasosta. Väliaikainen avanne suljetaan myöhemmin leikkauksella. (Crohn ja Colitis Ry 2009, viitattu 21.8.2015; Järvinen 2010, viitattu 21.8.2015; American Cancer Society 2014, viitattu 22.8.2015; Coloplast 2013, viitattu 21.8.2015; Dansac 2015, 18. Viitattu 21.8.2015.)



KUVIO 2. Pääteavanne (Coloplast 2015, viitattu 1.3.2015)



KUVIO 3. Lenkkiavanne ja avannesauva (Coloplast 2015, viitattu 1.3.2015)

Paksusuoliavanne

Kolostoomat ja ileostoomat rakennetaan toimimaan samalla periaatteella eli myös kolostoomat ovat pääte- tai lenkkiavanteita. Pysyvän kolostooman eli paksusuoliavanteen yleisin syy on peräsuolen tai anaalikanaavan karsinoma. Pysyvän kolostooman rakentamisen muita syitä voivat olla anaali-inkontinenssi eli ulosteenkarkailu, chronin tauti, sädehoidon komplikaatiot, vammat, synnynnäiset epämuodostumat ja kasvaimet

sekä peräsuolella ja peräaukossa että anaalikanavassa. Pysyvä avanne joudutaan tekemään myös silloin, kuin suolen osien yhdistäminen ei onnistu, se ei ole mahdollista tai siihen liittyy liian suuri riski.

Väliaikainen avanne joudutaan tekemään yleensä suojaamaan matalia tai epävarmoja paksusuolen ja anaa-lin liitoskohtia. Se on yleensä kaksipiippuinen lenkkikolostooma ja vain harvoin yksipiippuinen päätekolostooma. Väliaikainen päätekolostooma tehdään, jos paksusuolesta on poistettu osa ja on odotettava jäljelle jääneiden osien paranemista. Väliaikaisen avanteen sulkeminen onnistuu paikallisesti ilman laparotomiaa eli vatsaontelon tähyystyyleikkausta. (Järvinen 2010, viitattu 21.8.2015; Coloplast 2013, viitattu 21.8.2015.)

Sigmoideostooma on yleisin paksusuoliavannetyyppi. Se on yleensä yksipiippuinen pysyvä pääteavanne, joka sijoitetaan yleisimmin laskevaan paksusuoleen, vasemmanpuoleiselle alavatsalle. Sitä käytetään peräsuolen syövän, sädehoidon komplikaatioiden, trauman, fistelin, synnynnäisen epämuodostuman tai suolikomplikaatioiden vuoksi. Peräsuolen tai peräaukon poisto voi myös johtaa sigmoideostoomaan. Väliaikainen sigmoideostooma rakennetaan kaksipiippuiseksi, jotta se voidaan sulkea myöhemmin. Sitä käytetään esimerkiksi trauman tai peräsuolen fisteiden hoidossa. Väliaikaiseksi suunniteltu sigmoideostooma jää usein kuitenkin pysyväksi potilaan korkean iän tai huonon yleiskunnon vuoksi. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 31–32; Järvinen 2010, viitattu 21.8.2015; Järvinen & Lepistö 2013, viitattu 2.10.2015.)

Transversostooma on navan yläpuolelle, poikittaiseen paksusuoleen tehty avanne, joka on yleensä kaksipiippuinen. Siihen päädytään esimerkiksi suolitukoksen, suoliliitoksen suojaamisen, divertikuliitin, anaalifistelin tai suolikomplikaatioiden vuoksi. Transversostoomaa voidaan käyttää paksusuoli- ja peräsuolipotilailla ulostamisen tukena kasvaimien ahtauttamasta suolesta. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 31–32.)

Cecostooma eli umpisuoliavanne on harvinaisin paksusuoliavanne. Sen sijainti on oikean alavatsan alueella, paksusuolen alkuosassa. Yleisimmin cecostooma tehdään paksusuolen syövän, trauman tai suolikomplikaatioiden vuoksi. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 31–32.)

Avannesidokset

Nykyisin avanneleikatulle potilaalle on tarjolla monipuolisesti erilaisia avannesidoksia, joilla pyritään helpottamaan potilaan elämää. Suoliavanteissa käytetään kahdenlaisia sidoksia, yksi- ja kaksiosaisia. Yksiosaisessa (KUVIO 4 ja KUVIO 5) avannesidoksessa pussiosa ja pohjalevy ovat kiinnitetty toisiinsa ja se poistetaan kokonaan vaihdon yhteydessä. Kaksiosainen (KUVIO 6 ja KUVIO 7) avannesidos kootaan pussista ja pohjalevystä (KUVIO 8). Tarkoituksena on, että pussin vaihto voidaan suorittaa irrottamatta pohjalevyä. Kaksiosaisessa avannesidoksessa pussi voidaan kiinnittää pohjalevyyn joko tarra- tai rengaskiinnityksellä. Tarrakiinnityksessä pussi asetetaan pohjalevyyn kiinni tarrakiinnityksellä, kun taas rengaskiinnityksessä pussi painetaan pohjalevyn lukitusmekanismiin niin, että mekanismi napsahtaa.

Erilaisten suoliavannesidosten lisäksi myös pusseja on eri tyyppisiä. Pussien valinta määräytyy käyttötarkoituksen sekä avanteen sijainnin mukaan. Suljettu pussi (KUVIO 4 ja KUVIO 6) valitaan yleensä paksusuoliavanteeseen, koska paksusuoliavanteen toiminta on säännöllisempää kuin ohutsuoliavanteen, ja paksusuolesta erittyvä uloste on kiinteämpää kuin ohutsuolesta erittyvä uloste. Suljettu pussi poistetaan sen täytyttyä ja tilalle vaihdetaan uusi. Tyhjennettävää pussia (KUVIO 5 ja KUVIO 7) käytetään erityisesti ohutsuoliavanteissa, koska ohutsuolen erittämä uloste on normaalisti nestemäistä. Tyhjennettävän pussin tarkoituksena on pussin tyhjentäminen ilman, että pussi joudutaan irrottamaan, joten pussia ei tarvitse vaihtaa niin usein, kuin suljettua pussia. Yksiosaiset avannesidokset, sekä suljettu että tyhjennettävä, on joko vaihdettava tai tyhjennettävä aina suolen toiminnan jälkeen. Tyhjennettävä avannesidos sekä kaksiosaisen avannesidoksen pohjalevy vaihdetaan noin 2-3 kertaa viikossa. Tarvittaessa vaihtoja voi suorittaa useammin. Avannesidoksia on myös läpinäkyviä, mikä helpottaa avanteen seurantaa. (Järvinen 2010, viitattu 22.8.2015; Iivonen & Syväoja 2012, 174; Järvinen & Lepistö 2013, viitattu 22.8.2015; Coloplast 2013, viitattu 22.8.2015; Suomen Avannehoitajat Ry 2015, viitattu 22.8.2015.)



KUVIO 2. 1-osainen suljettu avannesidos (Coloplast 2015, viitattu 23.3.2015)



KUVIO 5. 1-osainen tyhjennettävä avannesidos (Coloplast 2015, viitattu 23.3.2015)



KUVIO 6. 2-osainen suljettu avannesidos (Coloplast 2015, viitattu 23.3.2015)



KUVIO 4. 2-osainen tyhjennettävä avannesidos (Coloplast 2015, viitattu 23.3.2015)



KUVIO 3. Pohjalevy 2-osaiseen avannesidokseen (Coloplast 2015, viitattu 23.3.2015)

4.3 Avanteen sidonta ja hoito

Avannetta ympäröivää ihoaluetta, johon avannesidos kiinnitetään, kutsutaan avannealueeksi. Avanteiden hoidossa on tärkeää pitää huolta avannealueen ihon puhtaudesta ja kunnosta. Huolellisella ja hellävaraisella ympärysihon puhdistamisella ja hoitamisella ennaltaehkäistään iho-ongelmia. Ihon kunto vaikuttaa avannesidoksen pysymiseen tiiviisti avanteen suulla. Puhtaan ihonsuojalevyn hyvään tartuntaan voi vaikuttaa myös lämmittämällä levyä ennen iholle asettamista esimerkiksi kämmenien välissä. Ihokarvojen ajaminen avannealueelta ei ole välttämätöntä, mutta jotkut kokevat sen tarpeelliseksi. Suositeltavaa on ajaa karvat kerran viikossa höylällä vettä käyttäen, ihokarvojen suuntaisesti ärsyttämättä ihoa. Näin alueen puhtaanapito ja ihonsuojalevyn kiinnitys helpottuvat. Jos avanteenympärysiho on kuiva ja vaatii rasvausta, suositeltavaa on käyttää hajustamattomia ja ihoon hyvin imeytyviä perusvoiteita. (Sirviö 2006, viitattu 22.8.2015; Dansac 2015, 7-8. viitattu 22.8.2015; Suomen Avannehoitajat Ry 2015, viitattu 22.8.2015.)

Avannesidoksen tyhjentämiseen tai vaihtamiseen tarvittavat välineet ja tarvikkeet on hyvä ottaa käsien ulottuville valmiiksi, jotta toimenpide tapahtuu joustavasti ja mahdollisimman puhtaasti. Avannetta ympäröivän ihon ärsytys, kuten kipu tai kutina, johtuu usein sen pinnalle joutuneesta ulosteesta. Tällöin avannesidos tulee irrottaa, avannealue puhdistaa kostealla ja pehmeällä taitoksella, kuivata huolellisesti taputellen pehmeällä paperilla tai pyyheliinalla ja paikalle laitetaan uusi avannesidos tiiviisti. Avannesidoksen tyhjentämisen tai vaihtamisen aihe on luonnollisesti myös pussin täyttyminen. Irrottaminen tapahtuu varovasti yläreunasta alkaen. Samalla toinen käsi tukee vatsaa. Puhdistaminen tapahtuu pelkällä lämpimällä vedellä tai lämpimään veteen kastelluilla puhdistustaitoksilla. Saippuan käyttöä tulee välttää, sillä se kuivattaa ihoa. Koko toimenpiteen aikana tulee välttää kovakouraista käsittelyä, raapimista ja karheita materiaaleja, koska avannealueen käsittely aiheuttaa helposti verenvuotoa avanteen herkällä limakalvolla. Erityisesti on huomioitava avanteen limakalvon ja ihon yhtymäkohdan huolellinen kuivaaminen. (Sirviö 2006, viitattu 22.8.2015; Coloplast 2013, viitattu 22.8.2015; Dansac 2015, 7-9. viitattu 22.8.2015; Suomen Avannehoitajat Ry 2015, viitattu 22.8.2015.)

Uuden sidoksen suuaukko pitää tehdä sen kokoiseksi ja muotoiseksi, ettei avannesidoksen kiinnityslevyn ja avanteen välille jää paljasta ihoa näkyviin. Näin huolehditaan, ettei ulostetta pääse avannetta ympäröivälle iholle. Sopivan suuaukon tekemiseen voi käyttää apunaan siihen tarkoitettua mallikorttia. Uutta sidosta laittaessa on hyvä ensin lämmittää pohjalevyä käsien välissä, jotta se tarttuu paremmin ihoon. Paikalleen sovittaminen helpottuu, kun taittaa pussin puoleksi ja painelee sen tiiviisti paikoilleen alhaalta ylöspäin (KUVIO 9). Osassa pusseista on läpinäkyvä ikkuna, joka helpottaa sidoksen asettamista. Käytetyn avannesidoksen voi laittaa roskapussiin ja hävittää sekajätteen mukana. (Sirviö 2006, viitattu 22.8.2015; Coloplast 2013, viitattu 22.8.2015; Dansac 2015, 7-9. viitattu 22.8.2015; Suomen Avannehoitajat Ry 2015, viitattu 22.8.2015.)



KUVIO 5. Kiinnittäminen (Coloplast 2015, viitattu 11.5.2015)

Ravitsemus ja nesteytys

Ravitsemuksella on avanneleikatun hoidossa kuntoutumisen ja haavojen paranemisen kannalta hyvin tärkeä rooli. Haavat eivät kunnolla parane, ellei elimistöllä ole tarpeeksi rakennusaineita haavan umpeuttamiseen. Potilaan yleinen kunto ja ravitsemustila ennen leikkausta vaikuttavat siihen, kuinka nopeaa avanneleikattu toipuu kotiuttamista edellyttävään kuntoon. Leikkauksen jälkeen aluksi potilaan ruokavalio koostuu lähinnä soseista ja nestemäisistä ruuista. Tavoitteena on kuitenkin, että ravinto ei sisällä juurikaan rajoitteita, vaan potilas voisi vähitellen siirtyä normaaliin ruokavalioon. Suurimmat rajoitteet liittyvät suolen tukkeumariskiä lisääviin ruokiin, joita ovat esimerkiksi banaani, pasta, pähkinät sekä siemenelliset ja kovakuoriset marjat ja hedelmät. Avanneleikatut välttelevät usein ilmavaivoja aiheuttavia ruoka-aineita, kuten herneitä, ruisleipää ja maitosokeria sisältäviä tuotteita. Suositeltavaa on, että ruoka pilkotaan hyvin ja pureskellaan hienoksi ennen nielemistä. Myös rauhallinen ruokailu vähentää suolen tukkeumariskiä ja helpottaa suolistoireita. Ateriakertoja olisi suositeltavaa olla 5-6 päivässä kohtuullisin annoksin. Näin suoli oppii säännölliseen rytmiin ja toimii säännöllisesti. (Partanen 2015, viitattu 22.8.2015; Torpström 2015, viitattu 22.8.2015.)

Avannetyypillä on vaikutusta suolujen ja nesteen imeytymiseen. Riittävään nesteen nauttimiseen ja suo-loista varsinkin natriumin, kaliumin ja magnesiumin saamiseen on kiinnitettävä huomiota varsinkin leikkauksen jälkeen ja ohutsuoliavanneleikatuilla myöhemminkin. Paksusuoliavanneleikatulle riittävä nesteen nauttiminen on tärkeää ummetuksen välttämiseksi, sillä suurin osa nesteistä imeytyy elimistöön paksusuolesta. Suositus on 2-3 litraa nestettä vuorokaudessa. Avanneleikkauksen jälkeen on usein tarvetta huolehtia myös D- ja B12-vitamiinien riittävästä määrästä elimistössä. Mitä enemmän suolta on poistettu, sitä suurempi riski on vitamiinipuutoksille. Etenkin ohutsuolen loppuosan poiston jälkeen B12-vitamiini-injektiot ovat tarpeen. Potilailla, joille on tehty pysyvä ohutsuoliavanne ja leikkaus on aiheuttanut imeytymishäiriöitä, on oikeus 35%:n Kela-korvaukseen reseptillä apteekista ostetuista täydennysravinnejuomista. (Partanen 2015, viitattu 22.8.2015; Torpström 2015, viitattu 22.8.2015.)

Komplikaatiot

Suoliavanteiden tavallisin komplikaatio on joko ulosteesta tai avannesidosten liima-aineista johtuva ihoärsytys. Muita mahdollisia komplikaatioita ovat avannetyrä, kuolio, ihon hiivasieni-infektio, ahtauma, granulooma

eli syylämäinen liikakasvu ja avanteen liiallinen vetäytyminen tai työntyminen. Komplikaatioita voidaan hoitaa lääkityksellä tai leikkauksilla. Leikkaukset voivat johtaa avanteen paikan siirtymiseen. Granuloomaa hoidetaan penslaamalla hoidettava alue hopeanitraatilla, laserhoidolla tai diatermiällä eli sähköisellä kuumenuksella. (Järvinen 2010, viitattu 23.8.2015; Iivanainen & Syväoja 2012, 325; Coloplast 2013, viitattu 23.8.2015 Järvinen & Lepistö 2013, viitattu 23.8.2015.)

4.4 Avannepotilaan ohjaus

Jos avanne tehdään potilaalle suunnitellusti, eikä leikkaus ole päivystysleikkaus, potilasta voidaan valmistella uuteen tilanteeseen monin keinoin. Preoperatiivinen ohjaus tulee antaa yksityiskohtaisesti sekä suullisesti että kirjallisesti. Ennen leikkausta potilaalle annettava informaatio koskee tulevaa toimenpidettä ja sen vaikutuksia omiin ruumiintoimintoihin sekä toimenpiteen jälkeistä elämää. Tulevan avanteen sijainti suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa, jotta potilaalla on helppo hoitaa sitä. Hyvä preoperatiivinen ohjaus helpottaa potilasta hyväksymään tuleva tilanne. Leikkausta edeltävän ohjauksen tavoitteena on muun muassa vähentää avanneleikatun tulevaisuuteen liittyviä pelkoja ja auttaa potilasta ymmärtämään, että elämä voi jatkua lähes täysin normaalisti leikkauksen jälkeen. Avannehoitajan on tunnistettava potilaan kyky vastaanottaa tietoa ja sen pohjalta annettava suullista ohjausta ja henkistä tukea. Suullisen ohjauksen lisäksi potilasta ohjeistetaan ja informoidaan käytössä olevilla kirjallisilla oppailla, joihin voi perehtyä kotona rauhassa. Ennen avanneleikkausta potilas saa myös fysioterapeuttista ohjausta. Sen tarkoituksena on ohjata, kuinka leikattava voi itse vaikuttaa leikkauksesta kuntoutumiseen hoitajien tukemana. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 52–55; Iivanainen & Syväoja 2012, 174.)

Leikkauksen jälkeen potilaalle annetaan ns. postoperatiivinen ohjaus. Potilas opetetaan tunnistamaan terveen avanteen tunnusmerkit ja toimintaperiaate, vaihtamaan avannesidos sekä hoitamaan avannetta ympäröivää ihoa. Hänelle annetaan sairaalasta kotihoito-opas, joka sisältää yksityiskohtaisia käytännön ohjeita eri tilanteisiin: kylpemiseen, ruokavalioon, seksuaalisuuteen, liikuntaan, työelämään paluuseen ja mahdollisesti ilmeneviin ongelmiin. Potilaalle kerrotaan erilaisista potilasyhdistyksistä ja annetaan avannehoitajan yhteystiedot. Ohjausta antavat sairaaloissa toimivat avannehoitajat ja potilasyhdistykset, joihin voi ottaa yhteyttä missä tahansa avanteisiin liittyvissä ongelmissa. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 59–60; Järvinen 2010, viitattu 23.8.2015; Iivanainen ym. 2012, 174; Suomen avannehoitajat Ry 2015, viitattu 22.8.2015.)

5 OPETUSVIDEOON SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Videotuotantoprosessi voidaan jakaa valmistelu- ja toteutusvaiheeseen, jotka voidaan edelleen jakaa pienempiin vaiheisiin. Valmisteluvaihe alkaa ideoinnilla, jonka pohjalta tehdään ohjelmaluonnos eli synopsis. Synopsis sisältää videon tärkeimmät tapahtumat aikajärjestyksessä. Synopsiksen pohjalta ohjelmasta tehdään vielä tarkempi versio, treatment, joka sisältää jo tietoa kohtauksista. Treatment voidaan käsittää alustavaksi käsikirjoitukseksi. Alustavan käsikirjoituksen valmistuttua tehdään kustannusarvio, joka lopulta sisällytetään ohjelmaehdotukseen. Ohjelmaehdotus on rahoituksen saamista varten laadittu yksityiskohtainen suunnitelma, mistä löytyy tarvittavat tiedot prosessin toteuttamiseksi. Kun ohjelmaehdotus on hyväksytty, tehdään edellisten vaiheiden tuotoksia apuna käyttäen käsikirjoitus, jossa ohjelman runko ja suunniteltu toiminta on kohtauksittain eriteltynä. (Keränen, Lamberg & Penttinen 2005, 186.) Opinnäytetyömme jaettiin viiteen eri vaiheeseen. Vaiheita olivat ideoiminen, aiheeseen perehtyminen, suunnitteleminen, toteuttaminen ja päättäminen. Jokaisella vaiheella oli selkeät tehtävät ja tulos, joten jokainen vaihe oli tärkeää suorittaa suunnitelman mukaan projektin etenemiseksi.

Ideoiminen oli opinnäytetyöprojektimme ensimmäinen päävaihe. Idea projektimuotoisesta opinnäytetyöstä lähti opinnäytetyön tietoperustaopintojaksolla, jossa esiteltiin opinnäytetyöaiheita. Arvioimme projektityöskentelyn meille parhaimmaksi tavaksi toteuttaa opinnäytetyö. Alun perin suunnittelimme tekemämme jonkin muun tuotteen, mitä on tarjolla OYS:n opinnäytetyöaihepankissa, mutta kuulimme myös mahdollisuudesta tehdä yhteistyötä OAMK:n kanssa. Hetken harkittuamme valitsimme yhteistyökumppaniksemme OAMK:n. Kyselimme aiheita lehtori Tuula Nissiseltä sekä lehtori Nina Männistöltä, joiden ideoiden perusteella valikoitui lopulliseksi aiheeksi suoliavanteiden hoidosta kertova opetusvideo ja tarkemmin eriteltynä avannesidokset ja niiden vaihto. Ideoimisen lopputuotoksena saimme aiheen ja työskentelymuodon valittua.

Videoiden käyttö tekee opetuksesta laadukkaampaa. Opetusvideolla voidaan lisätä opiskelijoiden motivaatiota ja tehostaa oppimista. Tutkimuksella on osoitettu, että oppilaat, joiden tunnit sisältävät opetusvideoita, oppivat enemmän ja tehokkaammin. (Ljubojevic, Vaskovic, Stankovic & Vaskovic 2014.) Jotta video tehostaa oppimista, videon tekijän on tutkimuksiin pohjautuen huomioitava ja tiedettävä, miten ihmisen oppiminen tapahtuu (Mayer 2014, viitattu 20.10.2016).

Videolla voidaan konkretisoida ja havainnollistaa opiskeltavaa asiaa. Konkretisointi tarkoittaa opetettavan asian esittämistä mahdollisimman lähellä todellisuutta. Havainnollistaminen puolestaan tarkoittaa eri aistien avulla tehtävien havaintojen hyödyntämistä opetuksessa. Ihmisen oppimisesta suurin osa tapahtuu näkö-

aistin avulla. Muita voimakkaasti oppimista tukevia aisteja ovat kuulo- ja tuntoaisti. Oppimista tehostaa mahdollisimman monen aistin yhtäaikainen hyödyntäminen opetuksessa ja usean aistin yhtäaikainen hyödyntäminen tekee opetuksesta havainnollisempaa ja konkreettisempaa. (Vuorinen 1993, 43-47.)

Opetuksessa videota voidaan hyödyntää demonstraatioissa. Demonstraatiolla tarkoitetaan jonkin asian havainnollista esittämistä käytännössä. Demonstraatio on toimiva opettamisen väline erityisesti käytännön taitoja opeteltaessa ja harjoiteltaessa. Demonstraatio vaikuttaa voimakkaasti: onnistunut demonstraatio saa ihmiset muuttamaan asenteitaan käsiteltävää asiaa kohtaan, kun taas epäonnistunut demonstraatio voi vahvistaa epäilyksiä ja torjuntaa. (Vuorinen 1993, 89-90.) Videodemonstraation käyttämisellä on osoitettu olevan hyötyä käytännön taitojen opiskelussa ja se tarjoaa todella hyvän lisän perinteiselle pedagogisille menetelmille akateemisessa oppimisessa. Opetusvideon muita hyötyjä ovat sen helppo käytettävyys. Internetiin tai verkko-oppimisalustalle ladattuna siitä voivat hyötyä oppilaiden lisäksi myös opettajat, jotka voivat käyttää videota myös oman opetuksensa tukena. (Janda 2005, viitattu 20.10.2016; Hoe & Wai 2012, viitattu 20.10.2016.)

Aiheeseen perehtyminen alkoi tiedonhaun tunneilla, joiden aikana keräsimme mielestämme riittävän määrän tietolähteitä työtämme varten. Lisäksi perehdyimme aiheeseen tietoperustatyöpajoissa. Tiiviin ja syvällisen perehtymisen jälkeen kokosimme yhteen varsinaisen tietoperustan.

Projektin suunnitteleminen käynnistyi tietoperustan valmistuttua. Ohjaajan neuvojen mukaisesti projektimme vaiheistettiin lineaariseen aikajärjestykseen. Projektimme eri vaiheet eli ideoiminen, aiheeseen perehtyminen, suunnitteleminen, projektin toteuttaminen sekä projektin päättäminen haluttiin pitää toisistaan erillään. Kun yksi vaihe oli toteutettu, voitiin siirtyä seuraavaan. Esimerkiksi tietoperustan valmistuttua siirryimme suunnitelmavaiheeseen, jonka lopputuotoksena syntyi projektisuunnitelma ja käsikirjoitus. Videotuotannon onnistumisen ehdoton edellytys on hyvä käsikirjoitus. Käsikirjoituksen tarkoituksena on kertoa tarkasti ja yksiselitteisesti ohjelman tapahtumat. Käsikirjoituksen varsinaisia hyötyjä ovat kokonaisuuden hahmottaminen, kommunikoinnin mahdollistaminen tilaajan ja työryhmän kanssa sekä kuvausaikeiden ja resurssiarvion luominen. Koko videotuotantoprosessin myöhempi tuotanto rakennetaan käsikirjoituksen varaan, joten videon laatu on suoraan verrannollinen käsikirjoituksen laatuun. Käsikirjoituksen huolellisella laatimisella voidaan ennakoida ja ratkaista mahdolliset ongelmat sekä helpottaa kuvaus- ja editointivaihetta. Lisäksi laadukas käsikirjoitus mahdollistaa tarvittaessa improvisoinnin ja uuden ilmaisun etsimistä kuvaustilanteissa ilman, että kokonaisuus kärsii. (Aaltonen 1993, 11-12; Keränen ym. 2005, 186-187.)

Projektin toteuttaminen tapahtui suunnitelmavaiheen jälkeen. Huolella tehdyn valmisteluvaiheen jälkeen, siirrytään toteutusvaiheeseen. Toteutusvaihe aloitetaan harjoituksilla, jotka suoritetaan ennen kuvauksia. Kuvauksissa kuvataan käsikirjoituksen mukainen videomateriaali jatkokäsittelyä varten. Leikkaus- ja jälkikäsittelyvaiheessa videomateriaalista koostetaan valmis tuote. (Keränen ym. 2005, 188.) Toteuttamisvaihe

käynnistyi elokuussa 2016 ja siihen kuului käsikirjoituksen tekeminen, materiaalin kuvaaminen ja sen muokkaaminen valmiiksi opetusmateriaaliksi. Muutamia korjausehdotuksia lukuun ottamatta, käsikirjoituksen (LIITE 3) kirjoittaminen tapahtui vaivattomasti, koska olimme perehtyneet aiheeseen perusteellisesti etukäteen. Valitsimme käsikirjoitusmuodoksi kuvakäsikirjoituksen sen havainnollistavuuden vuoksi. Kuvat käsikirjoitukseen otimme samalla, kun kävimme harjoittelemassa näyttöä kuvaustiloissa. Samalla testasimme kuvakulmia ja keräsimme kuvauksiin tarvittavat materiaalit valmiiksi. Saimme lähes kaikki materiaalit koululta, mutta nykypäivän vaatimuksia vastaavat avannesidokset tilasimme itse.

Videomateriaalin tekniseen laatuun voidaan vaikuttaa välineistöllä, kuvaustekniikalla ja editoinnilla. Kuvauksissa käytetään riittävän hyvää kameraa, jotta saadaan paras terävyys ja väritoisto. Riittävällä valaistuksen huomisella vältetään yli- ja alivalottuminen, koska valaistus määrittää vahvasti kuvan laatua, kontrasteja ja värisävyjä. Ylivalottuminen häivyttää sävyjä kuvan vaaleilta alueilta. Alivalottuminen puolestaan vähentää kuvan kontrastisuutta ja aiheuttaa epäselvyyttä kuvan tummilla alueilla. Kuvauksissa kamerasiirtojen liikkeen oltava mahdollisimman tasaisia ja rauhallisia sekä kuvan heilumista on vältettävä. Parhaan tuloksen saavuttamiseksi, kuvauksissa kannattaa käyttää jalustaa. Kuvan on hyvä olla mahdollisimman yksinkertainen ja pelkistetty ja sisältää mahdollisimman vähän yksityiskohtia. Sama koskee myös taustaa, jonka kannattaa lisäksi olla staattinen. Huomioimalla oikeita kuvausteknisiä asioita, saadaan laadukkaampi lopputulos, kun materiaali pakataan oikeaan muotoon. (Keränen ym. 2005, 192-193.)

Videomateriaalin kuvaaminen aloitettiin käymällä Risto Järvenpään luona keskustelemassa, jolloin hän antoi tarvittavan ohjeistuksen videon kuvaamiseen, editointiin ja äänittämiseen. Järvenpäältä saimme myös lopullisen hyväksynnän kuvausten aloittamiselle, kun hän tarkisti käsikirjoituksemme Karttusen ja Nissisen ohella. Tarkoituksenamme oli kuvata yksityiskohtaisesti hoitajan toimia ja roolia suoliavanteen hoidossa, joten valitsimme videon kuvakulmiksi pääasiassa lähikuvia ja erikoislähikuvia. Kuvaukset suoritimme projektiryhmän voimin OAMK:n hoitotyön luokassa, sen tilavan ja käytännöllisen ympäristön vuoksi. Pyrimme saamaan kuvattua materiaalit kahdessa päivässä, mutta ensimmäisen päivän huolimattomuusvirheet sekä kuvauksessa että näyttöä tekemisessä pakottivat kuvauksiin vielä kolmantena päivänä.

Editointivaiheessa kuvattuun videomateriaaliin lisätään grafiikka, äänitehosteet, musiikki ja selostus. Videon tuleva käyttötarkoitus on tiedettävä etukäteen, jotta materiaalia voidaan käsitellä järkevästi. Selostuksen laadun varmistamiseksi äänitystilan pitää hiljainen ja melko pieni, ja siellä ei saa olla voimakasta kaikua. Puhetta äänitettäessä käytetään kondensaattorimikrofonia, jotta puhuttu ääni kuulosta mahdollisimman luonnolliselta. Mikrofonin etäisyys kannattaa olla noin 20-50 cm, hieman yläviistossa puhujan suuta kohden. Oikealla etäisyydellä vältetään lukuiset häiriötekijät. Paperilta luettaessa sivun rapina on huomioitava tauottamalla puhe, aina sivun kääntämisen ajaksi. (Keränen ym. 2005, 193, 257-259.)

Editointivaiheessa kuvatuista materiaaleista, äänitetyistä kertojan osuuksista ja kuvista koottiin selkeä kokonaisuus. Ääninäyttelijän roolissa toimi opiskelija Joonas Harju ja anatomiaa havainnollistavasta kuvasta vastasi kuvataiteilija Silja-Maria Wihersaari. Havainnekuvan halusimme täydentämään videomateriaaliamme opetuksellisuuden lisäämiseksi. Lisäksi Risto Järvenpään luvalla lisäsimme hänen tekemäänsä musiikkia videoomme, jolloin tekijänoikeudellisia ongelmia ei tullut.

Editointivaiheen valmistuttua näytimme opetusvideon opinnäytetyömme ohjaajille sekä opetusryhmälle, jotka antoivat palautteen täyttämällä palautelomakkeen (LIITE 1). Ohjaajilta saimme myös suullista palautetta.

Projektimme päättämiseen kuuluivat maturiteetti, raportin kirjoittaminen ja valmiin työn esittäminen. Raportin kirjoittaminen tapahtui loka- ja marraskuun aikana. Maturiteetin ja esittämisen suoritimme joulukuussa 2016. Päätimme projektin joulukuussa 2016.

6 PROJEKTIN ARVIOINTI

Arvioinnin tehtävänä on projektin edistäminen. Projektia edistää parhaiten projektin alusta loppuun etenevä systemaattinen arviointi, jolloin arviointi toimii projektin ohjausvälineenä, mikä helpottaa työskentelyä. Projektia kannattaa arvioida mahdollisimman monesta näkökulmasta ja jokaisen projektiorganisaation jäsenen olisi hyvä osallistua arviointiin. Arviointi auttaa jäsentämään projektia, lisää projektiosaamista ja luo uskottavuutta. Laadukkaan arvioinnin edellytyksenä on jokaisen projektiin kuuluvan sitoutuminen ja osallistuminen. (Hyttinen 2006, 12-14.)

6.1 Opetusvideon laadun arviointi

Suoliavannepotilas, joka huolehtii itse avanteensa hoidosta, on paras henkilö arvioimaan tuotteen laatua. Laadun varmistamiseksi näytimme videon entuudestaan tuntemallemme henkilölle, jolle on tehty suoliavanne. Näytimme opetusvideomme myös opiskelijaryhmälle (21 opiskelijaa) ja pyysimme heiltä kirjallista palautetta tuotteesta tuotteen arvioimiseen tehdyllä lomakkeella. Pyysimme videostamme suullista palautetta projektiryhmäämme kuuluvilta henkilöiltä Markus Karttuselta, Nina Männistöltä, Tuula Nissiseltä, Risto Järvenpäältä sekä opponoiijiltamme.

Arvioitavat asiat on jaettu lomakkeella kolmen pääotsikon alle. Vastaajaa pyydetään arvioimaan opetusvideon kuvanlaatua, äänenlaatua sekä informatiivisuutta antamalla numeerisen arvion jokaista pääaihetta tarkentavaan laatutavoitteeseen. Tarkentavia arviointikohtia on yhteensä 10. Kysymyksiin vastataan asteikolla 1-5, jossa 1 tarkoittaa heikointa ja 5 parasta mahdollista arvosanaa. Lisäksi vastauslomakkeella on varattuna tila vapaalle kommentoinnille. Laskimme keskiarvon kaikista numeroin arvioituista kohdista saadaksemme kokonaiskuvan asettamiemme laatutavoitteiden saavuttamisesta: missä onnistuimme parhaiten, ja missä kohdissa taas oli eniten keskiarvoa heikompia arvioita. Videon arviointitaulukosta (TAULUKKO 2) on nähtävissä tarkemmin arvioinnin tulokset.

Arvioimme onnistumistamme projektin suunnitteluvaiheessa asettamiemme tavoitteiden pohjalta. Saamamme kirjallisen ja suullisen arvioinnin pohjalta voimme todeta onnistuneemme projektissamme. Yleisesti ottaen videosta saamamme palaute oli hyvin positiivista, ja numeroin arvioituna työomme sai kiitettävän arvosanan. Eniten yksittäisiä keskiarvoa heikompia arvosanoja saimme puheäänien nopeudesta sekä taustamusiikin sopivuudesta ja voimakkuudesta. Jokainen arvioinnin kohteena ollut laatukriteeri sai kuitenkin yli neljä pistettä viidestä. Tämä tarkoittaa, että arvioijien mielestä tuottamamme videomateriaali on hyvä ja sel-

keä, se on informatiivinen ja soveltuu opetuskäyttöön. Näin ollen olemme tyytyväisiä lopputulokseen. Laadullisesti saavutimme sen, mitä lähdimme tavoittelemaan. Lisäksi opinnäytetyön projektiorganisaatioon kuuluneet henkilöt olivat tyytyväisiä lopputulokseen.

Vapaaseen kommenttikenttään tuli sekä kiitosta että rakentavaa palautetta. Eniten palautetta tuli äänenlaadusta.

”Hyvä video! Selkeä ja asiapitoinen.”

”Hyvä ja selkeä video. Olisi voinut puhua vähän hitaammin”

”Välillä vähän nopea puheääni.”

Kuvanlaatua kommentoitiin seuraavasti:

”Värit hillityt, vähän ankeat. Tekstit vähän pieniä, valkoinen teksti näkyy huonosti (katsottu luokassa).”

Taulukko 2. Laadun arvioinnin tulokset

Arvioinnin kohde	Arvosanojen keskiarvo 1-5
Kuvanlaatu	
Valaistus	4,5
Värisävyt ja kontrastit	4,6
Tekstien selkeys ja luotettavuus	4,7
Äänenlaatu	
Äänenvoimakkuus	4,7
Puheäänen nopeus	4,4
Puheäänen selkeys	4,7
Taustamusiikin sopivuus ja voimakkuus	4,3
Informatiivisuus	
Informatiivisuus ja opetuksellisuus	4,8

Opetuksen loogisuus ja selkeys	4,7
Opetetun tiedon riittävyys	4,7

6.2 Prosessin arviointi

Hitaan käynnistymisen jälkeen projektimme lähti etenemään hyvällä vauhdilla, aikataulujen puitteissa. Välillä projektin kirjallisten osuuksien keskellä koimme motivaatiopulaa, sillä halusimme jo päästä aloittamaan kuvaukset ja siirtyä videon pariin. Kun pääsimme tietoperustan ja projektisuunnitelman laatimisen jälkeen vihdoin työstämään varsinaista tuotettamme, saimme uutta virtaa ja motivaatiota työskentelyyn. Tämä peilautui opetusvideon hyvänä laatuna ja positiivisina palautteina. Toisaalta meitä motivoi halu vastata tilaajan odotuksiin ja ohjaajiemme hyvään ohjaukseen. Emme halunneet tuottaa pettymystä projektiorganisaatioon kuuluville henkilöille, jotka saattoivat opinnäytetyön ohjaukseen resursoidun ajan ulkopuolellakin työskennellä projektimme parissa kanssamme. Halusimme pysyä aluksi asetetussa aikatavoitteessa projektin loppuun saattamisen ja valmistumisen suhteen. Projektin eri vaiheiden aikana olleet projektiryhmän henkilökohtaiset loma-ajat tekivät välillä aikataulujen yhteensovittamisesta haastavaa. Onneksi joustavuutta löytyi molemminpuolisesti projektiryhmän jäsenten välillä.

Itse videon parissa työskenteleminen, mukaan lukien lehtori Risto Järvenpään antama ohjaus videoinnin ja editoinnin osalta, oli kokonaisuudessaan mielekkäin osio projektista. Meillä ei ollut juurikaan kokemusta videokuvaamisesta ja materiaalin editoinnista etukäteen. Opimme kuitenkin nopeasti perusasiat ja pääsimme vaivattomasti kuvaamaan. Kuvausprosessin aikana tuli suunnittelemaan työtauko, sillä tarvitsimme lisää uusia avannesidoksia kuvauksia varten, ja niiden toimitukseen meni oma aikansa. Olemme erittäin kiitollisia Coloplastin antamasta tuesta - saimme heiltä veloituksetta uusimmat avannesidokset käyttöömmme.

Saimme asiantuntijaryhmään kuuluneelta Risto Järvenpäältä välitöntä palautetta videoprojektimme eri vaiheissa. Palaute oli rakentavaa ja kannustavaa ja olimme iloisia, kun hän halusi esittää valmista opetusvideotamme avoimien ovien päivänä. Projektissa avustaneen, virallisen projektiorganisaation ulkopuolisen opettajan, lehtori Nina Männistön kautta saimme sopivasti 21-henkisen opiskelijaryhmän arvioimaan tuotteen laatua tuoreeltaan heti videon valmistuttua. Ennen sitä olimme kuitenkin jo ehtineet saada hyväksynyt opetusvideon kelvollisuudesta Männistöltä ja opinnäytetyöryhmän opettaja Tuula Nissiseltä.

Arvioimme jatkuvasti prosessiamme peilaamalla saamiamme välipalautteita ja lopullisia arvioita asetta miimme laatutavoitteisiin. Olemme loppujen lopuksi tyytyväisiä projektin lopputulokseen, vaikka prosessin etenemisen kanssa oli välillä vaikeuksia. Koemme, että onnistuimme projektin suunnittelussa, sillä onnistuimme prosessin läpiviennissä suunnitellussa ajassa.

6.3 Projektin resurssit

Resurssien suunnittelu on projektin kannalta erityisen tärkeää. Hyvin tehty resurssisuunnittelu vähentää projektin kustannuksia, ylitöitä ja kiirettä sekä auttaa projektia pysymään aikataulussa. Resurssisuunnittelun tavoitteena on aikataulun hallinta varmistamalla suunniteltujen resurssien saatavuus. Resurssisuunnittelulla tähdätään projektin kokonaishallinnan helpottamiseen sekä resurssien käytön optimointiin, jotta kuormitus saadaan tasaiseksi ja jatkuvaksi. (Pelin 2009, 149-151.)

Projektimme koostui seuraavista kululuokista: henkilökulut, materiaalit, matkat sekä puhelinmaksut (TAU-LUKKO 3). Henkilökulut määriteltiin Oamk:n resurssien mukaan eli kuinka paljon opinnäytetyön tekemiseen on varattu aikaa. Opiskelijoille oli varattu 405 tuntia ja tuntipalkaksi määritetty 10 euroa. Kaikkien projektiin osallistuvien Oamk:n henkilökuntaan kuuluvien tuntipalkaksi oli määritetty 25 euroa ja tunteja projektin ohjaamiseen ja työstämiseen heillä kului yhteensä 30 tuntia.

Materiaalikuluihin on laskettu tarvittavien kopiopapereiden ja DVD-R-levyjen arvioitut kustannukset. Materiaalikuluihin on huomioitu vain ne materiaalit, joita projektiin jouduttiin hankkimaan. Laskuihin ei otettu mukaan projektiorganisaation jo aiemmin omistamia materiaaleja. Avannehoitoon tarvittavat materiaalit saatiin tilattua kuluitta ja kopiopaperit saatiin koululta, joten niitä ei tarvinnut hankkia.

Projektin alkuvaiheessa arvioimme matkoihin kuluvan arviolta 50 euroa. Tähän laskettiin mukaan projekti-ryhmän autolla kulkemat kilometrit koululle. Matkat koululle eriteltiin muista koulupäivistä, joten budjettiin huomioitiin vain ne päivät, jolloin koululla on tehty pelkästään opinnäytetyötä. Kuitenkin matkoihin meni arvioitua suurempi määrä rahaa, sillä yhteenlasketuksi summaksi tuli 350 euroa.

Puhelinmaksujen yhteenlasketuksi hinnaksi laskimme tulevan noin 30 euroa. Siihen laskettiin arvio kaikkien opinnäytetyöhön liittyvien puheluiden aiheuttamista kustannuksista. Puhelinmaksujen kustannukset alittivat kustannusarviot eli lopulliseksi kustannukseksi tuli 15 euroa.

Projektin alussa tehdyn kustannusarvion yhteenlaskettu summa oli 9430,8 euroa, kun projektin todelliset kulut olivat 9019,5e. Projektissa raha ei liikkunut suuntaan tai toiseen vaan kustannuksista vastasi projekti-ryhmä.

Taulukko 3. Projektin budjetti

Kululuokka	Suunnitellut	Toteuma
Henkilökulut	Projektiryhmä 10e x 405h = 8100e Ohjaavat opettajat 25e x 22h = 550e Kuvaaja 25e x 25h = 625e Sopimusten allekirjoittaja 25e x 1h = 25e Avannehoitaja 18e x 2h = 36e	Projektiryhmä 8100e Ohjaavat opettajat 550e Risto Järvenpää 25e x 8h = 250e
Materiaalit	Kopiopaperi 500 arkkia = 3,90e DVD-R levy 5 kpl = 4,90e	DVD-R-levyt 5kpl = 4,90
Matkat	50e	350e
Puhelinmaksut	30e	15e
Yhteensä	9430,80e	9019,5e

Riskienhallinta

Riskien kartoittamisella on projektille suuri merkitys, sillä kartoittamattomat riskit voivat aiheuttaa projektin epäonnistumisen. Riskien kartoittaminen ja suunnitelma riskien välttämiseksi tehdään ennen projektin käynnistymistä, jotta riskeihin pystytään varautumaan ja niitä voidaan hallita. Sen tekeminen auttaa projektiorganisaatiota seuraamaan riskien toteutumista sekä helpottavat ongelma- ja ristiriitatilanteiden käsittelyä ja hallintaa. (Kettunen 2003, 68-69.)

Aikataulussa pysyminen on yksi projektimme suurimmista riskeistä. Yhtäaikaiset työharjoittelut ja opintojen suorittaminen projektin rinnalla vaativat huolellista aikataulujen suunnittelua jokaiselta projektiorganisaation jäseneltä, etenkin projektiryhmältä. Aikatauluun voimme vaikuttaa myös hyvin tehdyllä resurssisuunnitelmalla sekä varautumalla kaikkiin taulukossa (TAULUKKO 4.) esiintyviin riskeihin välttyäksemme ongelmilta. Motivaatiolla on myös suuri merkitys aikataulussa pysymiseen. Haluamme olla joustavia muita projektin jäseniä kohtaan ja jaksottaa työtä niin, että se pysyy mielekkäänä. Tavoittelemme projektiryhmänä koko projektiorganisaation motivoimista tekemään laadukasta työtä annetussa aikataulussa. Laadukkaalla työllä

tarkoitamme organisaation monipuolista ja luovaa tapaa viestiä, sitoutumista ja perehtyneisyyttä sekä tilaajalle kelpaavaa mahdollisimman hyvätasoista työskentelyä ja tuotettua materiaalia.

Resurssien puuttumista koskeviin riskeihin varaudumme budjettisuunnitelmalla. Ohjausresurssien riittävyyteen voimme itse vaikuttaa käyttämällä ohjaajien aikaa harkitusti eli pyydämme ohjausta vain, kun tarvitsemme sitä. Teknisen toteutuksen mahdollisiin ongelmiin ja riskeihin varaudumme perusteellisesti tehdyllä käsikirjoituksella. Laitteisiin ja teknisestä toteutuksesta vastaavien henkilöiden riskeihin varaudumme varaimalla riittävästi materiaalia sekä ammattitaitoisia henkilöitä mahdollisesti puuttuvien tilalle. Lisäksi suunnittelemme vaihtoehtoisia työtapoja projektin tekoon, jos jollakin projektiorganisaation henkilöllä ei ole mahdollisuutta jatkaa projektin työstämistä syystä tai toisesta.

Taulukko 4. Projektin työstämiseen liittyvät riskit

Riski	Riskin välttämissuunnitelma
Projekti ei pysy aikataulussa	Motivoidaan projektiorganisaation jäseniä tekemään työnsä kunnolla ja ajallaan. Suunnitellaan realistiset aikataulut ja pidetään niistä kiinni. Tehdään riittävä resurssisuunnitelma. Pyrimme varautumaan kaikkiin taulukossa oleviin riskeihin, jotka vaikuttavat joko suoraan tai epäsuoraan aikataulussa pysymiseen.
Teknisessä toteutuksessa esim. kuvaamisessa ja editoinnissa tulee ongelmia	Teemme niin hyvän käsikirjoituksen, että mahdolliset ongelmat ovat käytännössä hyvin epätodennäköisiä. Varaudutaan materiaalitappioihin sekä hankitaan varalle ammattitaitoisia henkilöitä.
Ohjausresurssit ei riitä	Käytämme tarjotut ohjausresurssit tehokkaasti.
Sopimuksia ei hyväksytä	Projektisuunnitelmasta tehdään niin laadukas, että Oamk allekirjoittaa sopimukset.
Projektiorganisaation henkilöt eivät pysty osallistumaan projektin tekemiseen syystä tai toisesta	Suunnittelemme vaihtoehtoisia tapoja jatkaa projektin työstöä.

Projektiorganisaation tai sen jäsenen motivaation puute	Olemme joustavia toisillemme projektin tekemisen suhteen ja pidämme tarvittavia taukoja työnteon lomassa.
Resurssit eivät riitä	Noudatamme resurssisuunnitelmaa
Tieto ei kulje projektiorganisaatioiden jäsenten välillä	Luomme monipuolisen viestintäverkoston ja käytämme useita erilaisia viestintäkeinoja.

7 POHDINTA

Koemme, että opinnäytetyönä syntynyt tuotteemme on osaltaan kehittämässä hoitoalan koulutusta, sillä vastaamme työllämme oppilaitoksemme selkeään tarpeeseen. Tulevat hoitoalan opiskelijat voivat käyttää tuottamaamme DVD:tä oppimisensa tueksi. Esimerkiksi meillä itsellämme oli ennen opinnäytetyömme tekoa olemattomat tiedot ja taidot suoliavanteista ja niiden hoidoista, sillä koululla ei aiemmin ollut saatavilla niin kattavaa opetusmateriaalia aiheesta. Toisaalta tiedostamme, että tuottamamme DVD:n sisältö voi vanheta jo lähitulevaisuudessa, sillä avannehoito ja siinä käytettävät tuotteet kehittyvät jatkuvasti.

Opimme paljon uutta ja hyödyllistä tietoa opinnäytetyötä tehdessämme. Rehellisesti sanottuna aihe oli en-tuudestaan vieras meille molemmille. Aloitimme aiheen tutkimisen käytännössä nollasta. Tästä syystä käyvimme läpi runsaasti aiheeseen liittyvää aineistoa ja tiivistimme oleellisimman tiedon tietoperustaksi. Käytimme monipuolisesti eri lähteitä, joista suurin osa oli tuoreita julkaisuja ja iso osa oli peräisin erilaisten avaneyhdistysten lähteistä. Mielestämme tästä syystä tuottamaamme materiaalia voidaan pitää luotettavana. Jaoimme perehtymisalueet kuitenkin aika tiukasti, mikä tarkoittaa käytännössä sitä, että toinen luki ja tuotti tekstiä esimerkiksi ohutsuoliavanteisiin liittyvistä asioista ja toinen taas paksusuoliavanteista. Halusimme näin helpottaa työtaakkaamme. Molemmat tietysti luimme toistemme aikaansaannokset ja tätä kautta perehdyimme myös toisen vastuulla olleeseen aiheeseen. Näin ollen työtaakka jakautui tasaisesti mutta yksilöllinen kokonaisuuden hallinta hieman kärsi ajoittain. Suurimpana kehityshaasteenamme koimme olevan aikataulussa pysymisen. Meillä kesti pitkään saada kiinni työskentelyrytmistä. Työ eteni hyvällä tahdilla sitten, kun saimme hyvän vauhdin päälle ja riittävästi intoa. Opimme, että ehkä olisi järkevää olla tiukempi projektin välivaiheisiin suunniteltujen aikataulujen suhteen, että työskentelyaika jakautuisi tasaisesti pitkin projektia. Näin jokaiselle vaiheelle jäisi riittävästi aikaa, eikä olisi kiireen tuntua esimerkiksi projektin lopettamisessa.

Kerätyn palautteen perusteella voidaan sanoa, että pääsimme kiitettävästi videon laatutavoitteisiin. Tavoitelimme selkeää, loogisesti etenevää, oppimista tukevaa ja audiovisuaalisesti miellyttävää lopputulosta. Videotamme arvioi mielestämme riittävän suuri määrä ihmisiä, mukaan lukien ryhmä hoitotyön opiskelijoita, avannepotilas sekä useampia hoitotyön opettajia, jotta onnistumistamme laadun suhteen voidaan pitää perusteltuna. Lisäksi arvioijat pitivät videotamme riittävän informatiivisena ja opetukseen sopivana. Näin ollen olemme tyytyväisiä tuottamamme opetusvideoon. Halusimme säästyä eettisiltä pohdinnoilta sekä samalla varmistua, että työskentelyaikataulumme eivät ole riippuvaisia oikean avannepotilaan aikatauluista. Näistä syistä valitsimme avannepotilasta mallintavan nukan videossa hoidettavaksi oikean ihmisen sijaan. Koemme, etteivät videomateriaalin luotettavuus ja laatu silti kärsineet tästä syystä. Käytimme ulkopuolisen

kuvataiteilijan apua videomateriaalia työstäessä, ettei meidän tarvinnut vaivata itseämme tekijänoikeusasioilla.

Meillä projektiryhmän jäsenillä oli oppimistavoitteena oppia hoitamaan suoliavanteita ja ymmärtää, millaisissa tilanteissa ja sairauksissa suoliavanne on hoitomuotona. Halusimme myös kokemusta projektityöskentelystä, mistä on varmasti hyötyä tulevaisuudessa. Opinnäytetyömme tukee omaa ammatillista kehitystämme, koska meillä on viedä erityisosaamista työkentälle mukanaamme. Samalla meillä on tietoa ja taitoa ohjata työtovereitamme suoliavanteiden hoidossa tarpeen tullen. On tärkeää, että sairaanhoitajat jakavat työkentillään omaa erikoisosaamistaan toisilleen. Näin kaikki kerryttävät hiljalleen omaa monipuolista ammattitaitoaan. Opimme projektityöskentelystä monia asioita, esimerkiksi suunnitelmallisuutta, pitkäjänteistä työskentelyä, tavoitteellisuutta, yhteistyötaitoja sekä tietoteknistä osaamista. Osaamme nyt ottaa huomioon projektin eri vaiheissa mahdollisesti esiin tulevia riskejä. Osaamme myös suunnitella projektille budjetin ja laatia suunnitelman budjetissa pysymiseksi. Olemme valmiimpia projektityöskentelyyn tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen. Koemme saavuttaneemme hyvin tähänastiset oppimistavoitteemme ja uskomme, että avannehoito-osaamisestamme on hyötyä tulevaisuudessa.

Jos opinnäytetyöprojektillämme olisi ollut enemmän aikaa ja resursseja, suurimpana kehittämishaasteena olisi videon tekeminen myös yhteistyössä esimerkiksi Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) kanssa. Tällöin opetusvideo voisi olla nähtävissä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin intranetissä ja näin ollen se olisi hoitotyön ammattilaisten saatavilla. Lisäksi kehittämishaasteena voisi olla videon puheen ja tekstin kääntäminen vähintäänkin englanninkieliseksi. Näin siitä hyötyisivät enemmän myös ulkomaalaiset opiskelijat, joiden opiskelukieli on englanti.

LÄHTEET

American Cancer Society 2014. Types of ileostomies. Viitattu 22.8.2015, <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/ostomies/ileostomyguide/ileostomy-types>

Cancer.Net 2014. Small Bowel Cancer. Viitattu 19.8.2015, <http://www.cancer.net/cancer-types/small-bowel-cancer/overview>; Viitattu 20.8.2015, <http://www.cancer.net/cancer-types/small-bowel-cancer/treatment-options>

Coloplast 2013. Ohutsuoliavanneopas. Viitattu 22.8.2015, <http://www.coloplast.fi/Global/Finland/Avanneopaat/Ohutsuoliavanneopas.pdf>

Crohn ja Colitis Ry 2009. Avanne (stooma). Viitattu 21.8.2015, <http://vanha.crohnjocolitis.fi/cms/Avanne.96.0.html>

Crohn ja Colitis Ry 2015. Colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolentulehdus. Viitattu 20.8.2015, <http://www.crohnjocolitis.fi/tietoa-sairauksista/colitis-ulcerosa/leikkaushoito/>

Dansac 2015. Ohutsuoliavanne. Viitattu 21.8.2015, <http://www.dansac.fi/default.asp?Action=Details&Item=37>

Dansac 2015. Ohutsuoliavanne eli ileostomia - vinkit ja vihjeet. E-lehti. Viitattu 22.8.2015, <http://www.e-pages.dk/dansac/307/>

Dansac 2015. Väliaikainen avanne (Loop-ileostooma). E-lehti. Viitattu 21.8.2015, <http://www.e-pages.dk/dansac/293/18>

Finnilco 2015. Mikä on avanne? Viitattu 21.8.2015, <http://finnilco.fi/tietoa/mika-on-avanne/>

Finnilco 2015. Ohutsuoliavanne. Viitattu 21.8.2015, <http://finnilco.fi/tietoa/ohutsuoliavanne/>

Heinonen, K. 2010. Projektinhallinta. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Viitattu 20.10.2016, <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/66192/nbnfi-fe201011102744.pdf?sequence=3>

Hoe, G. & Wai Y. 2012. Innovative Teaching: Using Video Demonstration for Classroom Teaching and Learning Engineering Surveying. *Journal of Education and Practice*. 3 (11), 22-26.
<http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/viewFile/2539/2555>

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 1999. *Sisätauti-kirurginen hoitotyö*. Porvoo: WSOY.

livanainen, A. & Syväoja, P. 2012. *Hoida ja kirjaa*. Helsinki: Sanoma pro.

livanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. *Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö*. Helsinki: Tammi.

Janda, M. 2005. Studies on the design of free text communication and video components in Computer Assisted Learning. Viitattu 20.10.2016,
<https://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/1593/thesis.pdf?sequence=3>

Jokelainen, K., Honkanen, E., Ilvesmäki, V., Kahri, J., Kauppinen, R., Knuuttila, A., Peltomaa, R. & Widenius, T. 2006. *Sisätautien ytimessä*. Helsinki: Edita.

Jyväskylän Yliopisto 2016. Projektin johtaminen. Viitattu 2.2.2016, http://projekti.it.jyu.fi/suoritustavat/TJTS431_Projektin_johtaminen/opiskelijat/organisaatiokaavio/

Järvinen, H. & Lepistö, A. 2013. Paksusuolen syöpä. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.) *Gastroenterologia ja hepatologia*. Duodecim Oppiportti. Viitattu 14.4.2015,
http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_selaus=27136&p_artikkeli=gjh05100

Järvinen, H. 2010. Suoliavanteet. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) *Kirurgia*. Duodecim Oppiportti. Viitattu 21.8.2015,
http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_selaus=16777&p_artikkeli=kia04220

Järvinen, H., Kouri, M. & Österlund, P. 2013. Paksusuolen ja peräsuolen syövän vaaratekijät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkio, S., Kouri, M. & Lyly, T. (toim.) *Syöpätaudit*. Duodecim Oppiportti. Viitattu 20.8.2015,
http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_selaus=27136&p_artikkeli=gjh05100

Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. *Projekti*. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kerzner, H. 2001. Project management. A systems to approach to planning, scheduling and controlling. Canada: John Wiley & Sons.

Kettunen, S. 2003. Onnistu Projektissa. Juva: WSOY.

Kokkola, A. 2013. Ohutsuolen kasvaimet. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. Duodecim Oppiportti. Viitattu 25.5.2015, http://www.oppoportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04554&p_selaus=55022

Kuvio 2.

http://www.coloplast.pl/SiteCollectionImages/Illustrations/Ostomy%20care/end_colostomy_200x80.jpg

Kuvio 3.

http://www.coloplast.pl/SiteCollectionImages/Illustrations/Ostomy%20care/loop_colostomy_200x92.jpg

Kuvio 4.

<http://www.coloplast.fi/sensura-1-piece-closed-fi-fi.aspx#PRODUCTCONDITION=&PRODUCTOUTPUTTYPE=Suljettu&PRODUCTBRANDNAMEWEB=>

Kuvio 5.

<http://www.coloplast.fi/assura-pediatric-1-piece-drainable-fi-fi.aspx#PRODUCTCONDITION=&PRODUCTOUTPUTTYPE=Tyhjennett%C3%A4v%C3%A4&PRODUCTBRANDNAMEWEB=>

Kuvio 6.

<http://www.coloplast.fi/assura-new-generation-2-piece-closed-pouch-fi-fi.aspx#PRODUCTCONDITION=&PRODUCTOUTPUTTYPE=Suljettu&PRODUCTBRANDNAMEWEB=>

Kuvio 7.

<http://www.coloplast.fi/assura-original-2-piece-drainable-pouch-fi-fi.aspx#PRODUCTCONDITION=&PRODUCTOUTPUTTYPE=Tyhjennett%C3%A4v%C3%A4&PRODUCTBRANDNAMEWEB=>

Kuvio 8.

<http://www.coloplast.fi/sensura-flex-baseplate-fi-fi.aspx#PRODUCTCONDITION=&PRODUCTOUTPUTTYPE=&PRODUCTBRANDNAMEWEB=>

Kuvio 9.

http://www.coloplast.fi/Global/2_Stoma/consumer/How-to-apply-stoma-pouch_344x194.jpg

Liukkonen, K. & Hokkanen, U. 2003. Avanne. Mikkeli: AO-PAINO.

Ljubojevic, M., Vaskovic, V., Stankovic, S. & Vaskovic, J. 2014. Using Supplementary Video in Multimedia Instruction as a Teaching Tool to Increase Efficiency of Learning and Quality of Experience. Viitattu 20.10.2016, <http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/1825/2986>

Marttila J. 2015. Ohutsuolen syöpä. Viitattu 19.8.2015, <http://www.terve.fi/ohutsuolen-syopa/ohutsuolen-syopa>

Mayer, R. 2014. Principles for multimedia learning with Richard E. Mayer. Harvard Initiative for Learning & Teaching. Viitattu 20.10.2016, <http://hilt.harvard.edu/files/hilt/files/mayerslides.pdf>

Partanen, H. 2015. Ravinnon merkitys avanneleikatun kuntoutuksessa. Dansac. Viitattu 22.8.2015, <http://www.dansac.fi/default.asp?Action=Details&Item=232>

Puhakka, M., Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY.

Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rasmussen, M. 2011. Ileokolonoskopia. Viitattu 26.5.2015, http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/345ccbde5cef0d94b29ee81baa96f5a/1432649813/application/pdf/68020800/Ileokolonoskopia%202011_Rasmussen.pdf

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Helsinki: Talentum.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Viitattu 20.10.2016, http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Sirviö, P. 2006. Kotihoito-ohjeita ohutsuoliavanneleikatuille. Viitattu 22.8.2015, <http://www.gastro-lab.net/s04avo.htm>

Suolistosyöpä.fi 2015. Ohutsuolen syöpä. Viitattu 19.8.2015, <http://www.suolistosyopa.fi/yleista/ohutsuolen-syopa/>

Suomen Avannehoitajat Ry 2015. Ohjeita ohutsuoliavanneleikatulle. Viitattu 22.8.2015, http://www.avannehoitajat.fi/images/layout/potilasohjeet_ohutsuoliyhje.pdf

Suomen Avannehoitajat Ry 2015. Ohjeita paksusuoliavanneleikatulle. Viitattu 22.8.2015, http://www.avannehoitajat.fi/images/layout/potilasohjeet_paksusuoliavanneleikatulle2.pdf

Suomen Syöpärekisteri 2015. Tärkeimpiä tilastotietoja lyhyesti: Suomi – ohutsuoli. Viitattu 19.8.2015, <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/StatsFact.asp?can-cer=100&country=246>

Torpström, J. 2015. Avanneleikatun ravitsemuksesta. Finnico 1/2015. Viitattu 22.8.2015, http://finnilco.fi/wp-content/uploads/2015/03/Finnico_1-2015_netiti-8.pdf

Vuorinen, I. 1993. Tuhat tapaa opettaa. Tampere: Resurssi.

LIITTEET

Liite 1: Palautelomake

Liite 2: Projektin vaiheistus

Liite 3: Käsikirjoitus

Liite 4: Projektin toteutunut aikataulu

PALAUTELOMAKE

LIITE 1

Tämän kyselyn tavoitteena on kerätä tietoa opinnäytetyönä tekemämme opetusvideon laadusta. Vastamalla kyselyyn annat meille luvan käyttää vastauksia opinnäytetyömme raportoinnissa.

Kysymykset arvioivat videon kuvan- ja äänenlaatua sekä informatiivisuutta ja opetuksellisuutta. Kysymyksiin vastataan asteikolla 1-5, jossa 1 tarkoittaa huonointa, ja 5 parasta mahdollista arvosanaa. Lisäksi lopussa on varattuna kohta vapaille kommentteille.

Kuvanlaatu

a) valaistus	1	2	3	4	5
b) värisävyt ja kontrastit	1	2	3	4	5
c) tekstien selkeys ja luettavuus	1	2	3	4	5

Äänenlaatu

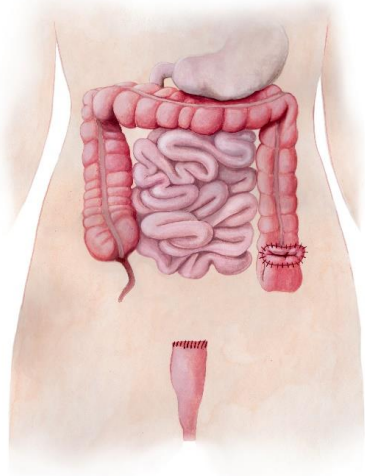
a) äänenvoimakkuus	1	2	3	4	5
b) puheäänen nopeus	1	2	3	4	5
c) puheäänen selkeys	1	2	3	4	5
d) taustamusiikin sopivuus ja voimakkuus	1	2	3	4	5



Informatiivisuus




a) informatiivisuus ja opetuksellisuus	1	2	3	4	5
b) opetuksen loogisuus ja selkeys	1	2	3	4	5
c) opetetun tiedon riittävyys	1	2	3	4	5


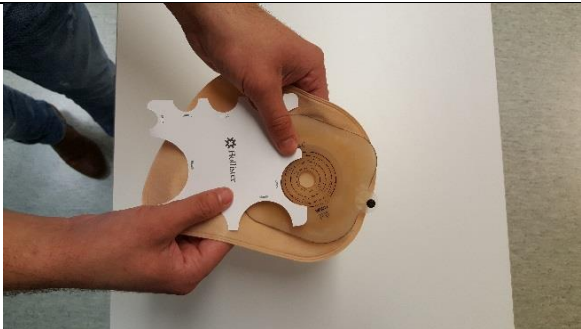
Vapaat kommentit



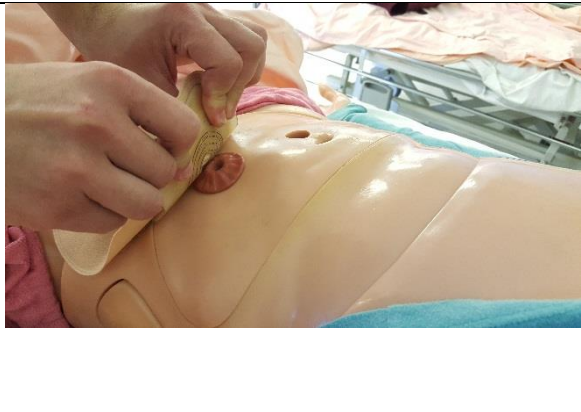
Päävaihe	Alavaiheet ja lopputuotos	Aikataulu
Ideoiminen	Aihe ja työskentelymuoto	1/2015 - 4/2015
Perehtyminen aiheeseen	Tietoperusta	5/2015 - 8/2015
Suunnitteleminen	Projektsuunnitelma	1/2016 - 2/2016
Projektin toteuttaminen	Käsikirjoitus Opetus-DVD Arviointi	2/2016 - 5/2016
Projektin päättäminen	Raportin kirjoittaminen Maturiteetti Työn esittäminen	10/2016 - 12/2016

Selitys alkuun, mikä suoliavanne on. Lyhyesti. Mitä kuvassa tapahtuu?	KUVA	Tehosteet	Kertoja
		Musiikki alkaa, ei vielä kuvaa	
OTSIKKO "Suoliavanteiden hoito" tulee ruudulle.		Musiikki jatkuu	
Johdanto aiheeseen: suoliavanteiden aiheet. Taustalla kuva.	 <p>Teksti tulee sykäyksittäin.*</p>	Musiikki jatkuu hiljaisella taustalla	<p>Suoliavanne on välttämätön hoitomuoto silloin, kun suolen jonkin osan toiminta on vaurioitunut ja häiriintynyt tai lakannut kokonaan. Suoliavanteiden aiheita ovat erilaiset ruuansulatuskanavan hankalat poikkeamat ja sairaudet, kuten Crohnin tauti, ulseratiivinen koliitti ja suolistosyövät sekä kyseiselle alueelle sijoittuvat traumat.*</p> <p>Suoliavannetyyppi ja sen sijainti määräytyvät sen mukaan, mikä osa suolesta joudutaan sairauden tai trauman vuoksi poistamaan.</p>

<p>Havainnekuva suolistosta, johon on tehty avanne. Kuva vaihtuu selostuksen aikana kuvaan nukesta, jolle on tehty avanne.</p>	 <p>Suoliavanne</p>	<p>Kuvien välillä häivytysefekti.</p>	<p>Avanneleikkauksessa vatsanpeitteisiin tehdään aukko ja suolen pää tuodaan noin 1-4 cm verran ihon pinnalle. Suoli on vaaleanpunainen eikä siinä ole hermopäätteitä tai kiputuntoa. Ulosteen pidätyskyky on mahdotonta avanneleikatuille. Tästä syystä avanteiden hoidossa on välttämätöntä käyttää avannesidosta.</p>
<p>Valk. pohjalle otsikko "Avanteen sidonta ja hoito".</p>			
<p>Kuvassa eri sidostyyppit ovat pöydällä esiteltyinä. Sidosten alapuolelle tulee tekstit, mikä sidos on kyseessä.</p>		<p>Tekstit ilmaantuvat sidosten alle puheen alkaessa.</p>	<p>Suoliavanteiden hoidossa käytetään erityyppisiä avannesidoksia. Sidoksen valintaan vaikuttaa se, onko kyseessä ohut- vai paksusuoliavanne.</p>

<p>Videokuvaa välineistä.</p>			<p>Avannesidoksen tyhjentämiseen tai vaihtamiseen tarvittavat välineet ja tarvikkeet on hyvä ottaa käsien ulottuville valmiiksi, jotta toimenpide tapahtuu joustavasti ja mahdollisimman puhtaasti.</p>
<p>Kuvataan sidoksen poisto. Hoitaja irrottaa avannesidoksen ylhäältä päin, tukien toisella kädellä vatsan ihoa ja laittaa sidoksen roskapussiin/-koriin.</p>	 <p>Yksiosainen tyhjennettävä avannesidos.</p>	<p>Kun liikkuvaa kuvaa ja puhetta, musiikki aivan hiljaiselle taustalle.</p>	<p>Tyhjennettävää sidosta käytetään erityisesti ohutsuoliavanteisiin, koska ohutsuoliavanteen toiminta on epäsäännöllistä ja sieltä tuleva uloste on juoksevaa. Irrottaminen tapahtuu varovasti yläreunasta alkaen. Samalla toinen käsi tukee vatsan ihoa. Käytetyn avannesidoksen voi laittaa roskapussiin ja hävittää sekajätteen mukana.</p>
<p>Kuvataan avannetta, jossa suolierittä (myös ympärysiholla). Hoitaja puhdistaa avanteen käyttäen vedellä kostutettuja pesulappuja ja kuivaa avannealueen heti tämän jälkeen.</p>		<p>Erite voi olla esim. sinappia, vanukasta</p>	<p>Aluksi avannealue puhdistetaan lämpimään veteen kostutetuilla pehmeillä puhdistustaitoksilla. Saippuan käyttöä tulee välttää, sillä se kuivattaa ihoa.</p> <p>Tämän jälkeen iho kuivataan huolellisesti taputellen pehmeällä paperilla tai pyyheliinalla.</p>

			Huolellisella ja hellävaraisella ympärysihon puhdistamisella ja hoitamisella ennaltaehkäistään iho-ongelmia. Jos avanteen ympärysiho on kuiva, suositeltavaa on käyttää hyvin imeytyviä perusvoiteita.
Kuvataan avannetta. Potilas (nukke) makaa selällään sängyllä. Hoitaja tuo kuvaan mittaukseen käytettävän mallikortin ja mittaa sillä avanteen koon.			Sidoksen suuaukko on hyvä tehdä sen kokoiseksi ja muotoiseksi, ettei avannesidoksen kiinnityslevyn ja avanteen välille jää paljasta ihoa näkyviin. Näin huolehditaan, ettei ulostetta pääse avannetta ympäröivälle iholle. Sopivan suuaukon tekemiseen voi käyttää apunaan siihen tarkoitettua mallikorttia.
Kuvassa pöydällä 1-osainen avannesidos pohjalevy ylöspäin. Hoitaja asettaa mallikortin pohjalevyn päälle hyvään asentoon.		Kun puhe loppuu ja kuva jatkuu, musiikin volyymi nousee.	

<p>Hoitaja pitää avannesidosta vasemmassa kädessään ja leikkaa saksilla suuaukon sopivan kokoiseksi.</p>			
<p>Hoitaja lämmittää pohjalevyä käsiensä välissä.</p>		<p>Musiikki hiljenee jälleen aivan pienelle taustalle ennen kuin puhe jatkuu.</p>	<p>Uutta sidosta laitettaessa on hyvä ensin lämmittää pohjalevyä käsien välissä, jotta se tarttuu paremmin ihon.</p>
<p>Kuvataan avannesidoksen paikalleenlaitto.</p>			<p>Paikalleen sovittaminen aloitetaan irrottamalla pohjalevyn suojakalvo.</p> <p>Kiinnittäminen helpottuu, kun pohjalevy taitetaan puoleksi, jolloin pohjalevyn aukko saadaan helpommin oikealle kohdalle.</p> <p>Sidos painellaan tiiviisti paikoilleen alhaalta ylöspäin.</p>

<p>Vähän eri kulmasta kuvataan paikallaan olevaa avannesidosta. Alle tulee teksti "Tyhjentäminen" joka häipyy muutaman sekunnin kuluttua.</p>		<p>Tyhjennettäessä avannesidosta tyhjennyskaulan sulkija avataan ensin.</p> <p>Pussin tyhjentymistä autetaan kädellä painellen.</p> <p>Mahdollinen erite kuivataan tyhjennysaukon suulta ennen sulkemista.</p> <p>Avannesidoksen kaula pyöritetään ylös ja suljetaan.</p>
---	--	---

Kuvataan kaksiosaisen suljetun avannesidoksen kiinnittäminen. Kiinnitetään ensin pohjalevy ja sitten pussi.


Lähikuvaa.



Kaksiosainen suljettu avannesidos.

Suljettu avannesidos valitaan yleensä paksusuoliavanteeseen, koska paksusuoliavanteen toiminta on säännöllisempää ja uloste kiinteämpää kuin ohutsuoliavanteen.

Kaksiosaista avannesidosta käytettäessä samaa pohjalevyä voi pitää useamman päivän ajan, jolloin uuden pussin vaihtaminen on vaivattomampaa.

<p>Kuvataan avannepussin vaihto, pohja-levy paikallaan. Samaan ottoon kuvataan puhdistus kostutetulla pesulapulla sekä avannealueen kuivaus.</p>		<p>Musiikki kuuluu taustalla ja hiljenee jälleen, kun puhe alkaa.</p> <p>Kuva häivyytty pikkuhiljaa, kun pussi on piilotettu vaatteiden alle.</p> <p>Musiikki voimistuu normaaliin voimakkuuteen.</p>	<p>Tuetaan pohjakappaletta samalla, kun avannepussi irrotetaan.</p> <p>Avannealue puhdistetaan kostutetuilla puhdistustaitoksilla ja kuivataan esimerkiksi sellupaperilla.</p> <p>Uusi avannepussi kiinnitetään huolellisesti paikoilleen.</p>
<p>Kun vaihto on saatu tehtyä, hoitaja tarkistaa avanteen läpinäkyvästä ikkunasta ja asettaa sidoksen vaatteiden alle piiloon.</p>			<p>Avannesidoksen läpinäkyvä ikkuna helpottaa avanteen seurantaa.</p>
<p>Teksti "Yhteenveto" tulee ruudulle. Lisäksi muuta tekstiä, jotka myös luetaan.</p>			<p>Avannehoitoon tarvittavat välineet otetaan valmiiksi esille.</p> <p>Sidos tyhjennetään tai poistetaan ja hävitetään.</p>

			<p>Avannealue puhdistetaan ja kuivataan hellävaraisesti.</p> <p>Ihon kunto tarkistetaan ja tarvittaessa hoidetaan siihen tarkoitetuilla tuotteilla, kuten perusvoiteella tai puuterilla.</p> <p>Uusi sidos asetetaan huolellisesti paikoilleen.</p>
Tyhjä tausta, johon tulee lopputekstit.		Kuva häipyy lopussa mustaksi. Musiikki häipyy viimeisenä.	

Projektin vaihe	Suunniteltu aikataulu	Toteutunut aikataulu	Suunnitellut tunnit/henkilö	Toteutuneet tunnit/henkilö
Ideoiminen	1/2015 - 4/2015	1/2015 - 4/2015	10h	8h
Perehtyminen aiheeseen	5/2015 - 8/2015	5/2015 - 8/2015	71h	73h
Suunnitteleminen	1/2016 - 2/2016	1/2016 - 2/2016	106h	108h
Projektin toteuttaminen	2/2016 - 5/2016	9/2016 - 11/2016	73h	76h
Projektin päättäminen	12/2016	12/2016	145h	142h
			Yhteensä 405h	Yhteensä 407h